

Aus dem Institut der Allgemeinmedizin
(Prof. Dr. E. Hummers-Pradier)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Wie stehen Medizinstudierende, Studienbewerber und
Ärzte zur Feminisierung in der Medizin?**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Dorothea Silvia Laurence

aus

Gifhorn

Göttingen 2016

D e k a n: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

Referentin: PD Dr. med. A. Simmenroth-Nayda

Ko-Referentin: Prof. Dr. Silke Schicktanz

Promotor: Prof. Dr. Martin Oppermann

Tag der mündlichen Prüfung: 9.12.2017

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Stand der Forschung	3
2.1 Feminisierung – Hintergründe und Folgen	3
2.2 Zulassungsverfahren zum Medizinstudium – eine Frage der Validität.....	5
2.2.1 Abiturnote, A-Levels und Grade Point Average	6
2.2.1.1 Schulabschlussnoten und Feminisierung.....	8
2.2.2 Admission tests – Zulassungstests – Studierfähigkeitstests.....	10
2.2.2.1 Zulassungstests und Feminisierung.....	12
2.2.3 Interviews, MMI, Persönlichkeitstests, Empfehlungsschreiben.....	13
2.2.3.1 Interviews und Feminisierung	13
2.3 Fairness und Diversität.....	14
2.4 Geschlecht und Arztberuf.....	15
2.4.1 Auswirkungen der Geschlechtskonstellation auf die Behandlung des Patienten...	15
2.4.1.1 Anamnese	16
2.4.1.2 Therapie bestimmter Erkrankungen.....	17
2.4.2 Präferenzen in Bezug auf das Arztgeschlecht	18
2.4.2.1 Geschlechtspräferenzen: Hausärzte.....	18
2.4.2.2 Geschlechtspräferenzen: Weibliche Patienten und Gynäkologen	18
2.4.2.3 Geschlechtspräferenzen: Männliche Patienten und Urologen	18
2.4.2.4 Geschlechtspräferenzen: Kinder und Jugendliche.....	19
2.4.2.5 Geschlechtspräferenzen: Psychotherapie	20
2.4.3 Gendermedizin.....	21
2.5 Feminisierung – gut oder schlecht?.....	22
3. Fragestellung und Ziel	25
4. Material und Methoden	27
4.1 Methodische Anlage der Untersuchung	27
4.2 Teilnehmende Befragte	27
4.3 Fragebogen	28
4.3.1 Vorgehen zur Erstellung des 1. Fragebogens (Bewerbergruppe).....	28
4.3.2 Erstellung des 2. Fragebogens (Studierendengruppe)	29
4.3.3 Erstellung des 3. Fragebogens (Ärztegruppe)	31
4.3.4 Aufbau des PDF-Fragebogens (Studierende und Ärzte)	31
4.3.5 Aufbau des Online-Fragebogens (Studierende und Ärzte).....	32
4.3.6 Persönliche Anrede.....	35
4.4 Durchführung der Untersuchung	35
4.5 Datenanalyse.....	35

4.5.1	Aufbereitung der Daten	36
4.5.1.1	Qualitative Analyse der offenen Fragen.....	36
4.5.1.2	Codierung von geschlossenen und offenen Fragen	39
4.5.2	Nichtbeantwortete Items	39
4.5.3	Nutzung von SPSS	39
4.6	Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission.....	39
5.	Ergebnisse	40
5.1.	Teilnahme.....	40
5.2	Beschreibung der Stichprobe	41
5.2.1	Bewerber	42
5.2.2	Studierende	42
5.2.3	Ärzte.....	43
5.3	Frage 1: Gewichtung der Abiturnote	43
5.3.1	Zusammenhang Gewichtung der Abiturnote und Geschlecht.....	44
5.3.2	Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber	45
5.4	Frage 2: Kriterien für die Auswahl von Medizinbewerbern	45
5.4.1	Geschlecht und Kriterien.....	47
5.5	Frage 3: Direkte Erfahrungen zu Chancengleichheit.....	48
5.6	Frage 4: Indirekte Erfahrungen zu Chancengleichheit	49
5.7	Frage 5: Wichtigkeit der Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft.....	50
5.7.1	Zusammenhang Geschlecht und Frage 5.....	51
5.8	Frage 6 und 7: Eigene Empfindung zum Arztgeschlecht in der Patientenrolle	52
5.8.1	Zusammenhang Geschlecht und Frage 6 und 7.....	53
5.9	Frage 8: Empfindung der Wichtigkeit des Geschlechts in der Arztrolle.....	54
5.9.1	Studierende und Ärzte	55
5.9.2	Gegenüberstellung von Frage 8 und betreffendes Fachgebiet.....	58
5.9.3	Zusammenhang Frage 6 und Frage 8:	59
5.10	Frage 9: Jetzige Auswirkungen der Feminisierung	60
5.10.1	Themengebiete	61
5.10.2	Bewertung der Kommentare insgesamt.....	66
5.11	Frage 10: Zukünftige Auswirkungen der Feminisierung	67
5.11.1	Zukunftsperspektive	67
5.12	Frage 11: Fachbereiche und Fachbereichswunsch	68
5.12.1	Studierende.....	68
5.12.1.1	Die 10 am häufigsten gewählten Fächer von weiblichen und männlichen Studierenden	68
5.12.2.2	Verändern sich die Fachbereichswünsche mit Fortschreiten des Studiums? ...	70
5.12.3	Ärzte.....	72
6.	Diskussion	73

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse:.....	73
6.2 „Feminisierung - Ursachen“	73
6.2.1 Gewichtung Abiturnote.....	73
6.2.2 Andere Kriterien für ein Auswahlverfahren	76
6.2.2.1 „Auswahlgespräch/Interview“	76
6.2.2.2 „Abgeschlossene medizinnahе Ausbildung“, „Medizinnahе/soziale Praktika“	76
6.2.2.3 „Einzelne Abiturnoten (z.B. Naturwissenschaften)“, „TMS (Mediziner-test)“	77
6.2.2.4 „Soziale/kommunikative Kompetenz (Bewerbungstest z.B. mit Schauspielpatienten)“	78
6.2.2.5 Auswahlkriterien und Berufsbilder.....	78
6.3 „Feminisierung – Relevanz“	80
6.3.1 Relevanz des Geschlechterverhältnisses in der Ärzteschaft	80
6.3.2 Geschlecht und Relevanz des Geschlechterverhältnisses	81
6.3.3 Relevanz des Arztgeschlechts für die Arzt-Patienten-Beziehung	82
6.3.3.1 Relevanz des Arztgeschlechts in der Rolle des Patienten.....	82
6.3.3.2 Relevanz des Arztgeschlechts in der Rolle des Arztes.....	84
6.3.3.3 Antwortverhalten und Berufsverständnis	86
6.4 „Feminisierung – Auswirkungen“	88
6.4.1 Feminisierung – jetzige Auswirkungen auf die Arbeitswelt	88
6.4.2 Feminisierung – zukünftige Auswirkungen auf die Arbeitswelt	90
6.5 Stärken und Schwächen der eigenen Untersuchung	91
6.6 Schlussfolgerung	93
7. Zusammenfassung	95
8. Literaturverzeichnis.....	98
8.1 Internetquellen.....	103
9. Abbildungsverzeichnis	105
10. Tabellenverzeichnis	106
11. Anhang.....	107
11.1 Anlage 1: PDF-Version des Fragebogens als Email-Anhang, demonstriert am Fragebogen für Studierende.....	107
11.3 Anlage 3: Online-Version, demonstriert am Fragebogen für Ärzte.....	114
11.4 Anlage 4: Interviews zur Fragenfindung	116
11.4.1 Interview mit einem Chefarzt für Psychiatrie.....	116
11.4.2 Interview mit einer Ärztin in Ausbildung	117
11.4.3 Interview mit einem Medizinstudenten	118
11.4.4 Interview mit einer Medizinstudium-Interessierten	120
11.5 Anlage 5: Ergebnistabellen	121
11.6 Anlage 6: Genehmigung der Studie durch die Ethik-Kommission.....	131

1. Einleitung

Die Ärzteschaft unterliegt wie jede Berufsgruppe einem stetigen Wandel, der durch gesellschaftliche Veränderungen verursacht wird. Die Frage danach, was einen guten Arzt ausmacht oder wer für diesen Beruf geeignet ist, ist Gegenstand einer anhaltenden Diskussion. War beispielsweise der Arztberuf lange von paternalistischem Prestige geprägt, gestaltet er sich heute mehr als partnerschaftlicher Hilfsberuf (Klemperer 2006). Zu „klassischen“ Ärtzeigenschaften wie fachlicher Kompetenz, wissenschaftlicher Befähigung und analytischem Denken werden aktuell „neue“ Eigenschaften wie soziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeiten und Empathie zur Definition des „guten“ Arztes herangezogen.

Einen solchen, wesentlichen Wandel stellt derzeit der wachsende Anteil von Frauen im Arztberuf, die sogenannte „Feminisierung der Medizin“ dar: Der Frauenanteil ist seit 1991 von 34% auf 46% im Jahr 2014 gewachsen (Statistisches Bundesamt 2014a), ein weiterer Anstieg kann in Anbetracht der seit 2006 über 60% weiblichen Medizinstudierenden erwartet werden (Statistisches Bundesamt 2014b). Dieser Trend zur Feminisierung ist hierbei nicht nur auf Deutschland beschränkt – auch europa- und weltweit wird dieses Phänomen beobachtet (Phillips und Austin 2009).

Von zentraler Bedeutung für die Betrachtung dieses Phänomens ist hierbei, dass das Geschlecht eines Arztes keineswegs gleichgültig ist, sondern vielmehr in verschiedenen Zusammenhängen eine wichtige Rolle spielt (Wintersteen et al. 2005; Carrejo et al. 2007). In der Literatur werden daher Ursachen und Auswirkungen dieser komplexen Entwicklung kontrovers diskutiert. Zentrale Themenfelder sind dabei die Vergabe von Studienplätzen, die Veränderung der Rolle des Arztes in der Gesellschaft, die Arbeitspraxis und -organisation, die Perspektive der Patienten in dieser sich wandelnden Arzt-Patienten-Beziehung und die Zukunft bestimmter Fachdisziplinen und der medizinischen Forschung.

Nicht zuletzt spielt auch die Zusammensetzung der Ärzteschaft bzw. ihre Homogenisierung auch gesamtgesellschaftlich eine wichtige Rolle.

„The medical profession has a contract with society to produce excellent physicians that can meet the needs of society as a whole. Greater diversity that matches the demographics of the society will enhance the performance of professional practice.” (Boylan und Grant 2004)

In ihrem Konzept der medizinischen Profession begründen Boylan und Grant die Wichtigkeit, dass die Mitglieder des medizinischen Berufsstandes die Bevölkerung, der sie dienen, widerspiegeln – in ihrer ethnischen, rassischen und auch ihrer geschlechtlichen Zusammensetzung: Eine solche Ärzteschaft ist am besten dazu in der Lage, auf die Bedürfnisse der Gesellschaft einzugehen.

Wenn es stimmt, dass das Geschlecht in Hinblick auf eine diverse Ärzteschaft und für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in verschiedener Hinsicht eine wichtige Rolle spielt, aktuell der Frauenanteil der Medizin stetig steigt, stellt die Feminisierung der Medizin ein potenzielles Problem dar, das in dieser Arbeit aus der Perspektive der Mediziner beleuchtet werden soll.

Eine Möglichkeit, die es gestattet, Einstellungen und Erfahrungen zum Thema „Feminisierung der Medizin“ zu erfassen, ist die Durchführung einer repräsentativen Befragung. Um ein differenziertes Meinungsbild zu gewinnen, soll die befragte Gruppe vielfältige Aspekte des Arztberufes abbilden können: Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Positionen (von Ärzten in Weiterbildung bis Abteilungsdirektoren), Medizinstudierende und Studienanwärter. Die besagten zentralen Themenfelder stellen einen Orientierungsrahmen für die Erstellung der Frage dar.

Ziel der Arbeit ist es, einen Beitrag zur Analyse und der Bewertung dieses Phänomens zu leisten und einen Ausblick auf künftige Entwicklungen aufzuzeigen.

2. Stand der Forschung

2.1 Feminisierung – Hintergründe und Folgen

Die Hintergründe und Ursachen der Feminisierung der Medizin sind komplex und auf das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren zurückzuführen. Genauso sind die Folgen weitreichend und Gegenstand aktueller Untersuchungen: So wird beispielsweise die Ursache des Ärztemangels unter anderem diesem Trend zugeschrieben.

In einer 2009 von der Bundesärztekammer veröffentlichten Analyse werden einige Hintergrundaspekte des aktuellen Ärztemangels offengelegt: Obwohl die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte stetig stieg (vom Jahre 1991 bis 2007 um 70674 Arbeitskräfte, was einem Zuwachs von 28,9% entspricht), fiel das mittlere Arbeitsvolumen von 38,1 Wochenstunden um fast 13% auf 33,2 Wochenstunden. Verstärkt wurde der Trend durch den wachsenden Anteil an Ärztinnen, die im Durchschnitt 10 Wochenstunden weniger arbeiteten als ihre männlichen Kollegen, während der Männeranteil ab dem Jahre 2003 bis 2007 um 0,8% zurückging (Bundesärztekammer 2009). Dieses Phänomen wird auch im Ausland beschrieben: In den Niederlanden wurde aufgrund dieser Arbeitsvolumendifferenz bei der ambulanten Bedarfsplanung im Vorhinein mit einem realistischeren Vollzeitarbeitsvolumen von Frauen gerechnet, der 25,5% unter dem der Männer liegt (Kopetsch 2010).

Zusätzlich stieg laut einer Untersuchung des Statistischen Bundesamtes der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Ärzte von 31000 Ärzten im Jahr 2001 (ca. 10% der Gesamtzahl der Ärzte) auf 54000 (ca. 15,7%) im Jahr 2011 (Osterloh 2014; Statistisches Bundesamt 2011). Laut einem Bericht über den Berufsstart und -verlauf von Ärztinnen und Ärzten betrifft dies hauptsächlich Frauen: Zehn Jahre nach Abschluss des Studiums seien 40% der Ärztinnen in Teilzeit tätig, bei den Ärzten seien dies nur 3% (Schwarzer und Fabian 2012).

Eine ungenügende Bedarfsdeckung an Fachkräften und auch die Arbeitsvolumendifferenz zwischen den Geschlechtern sind kein ausschließlich europäisches Phänomen. In den „OECD Health Working Papers 2006“ (Organisation for Economic Co-operation and Development) wird die mangelnde Ärzteversorgung der Mitgliedsländer der OECD problematisiert. Ergebnisse dieser Studie zeigen unter anderem, dass Frauen in nahezu allen OECD Ländern weniger arbeiten als ihre männlichen Kollegen. So betrage die Differenz des geleisteten Arbeitsvolumens der Ärztinnen und Ärzte bis zu 15 Stunden pro Woche. Die OECD erwartet einen kritischen Rückgang der medizinischen Versorgung, sollte der Anteil an Ärztinnen in Zukunft steigen, das Arbeitsvolumen der Ärztinnen jedoch weiterhin auf einem niedrigeren Niveau bleiben. Erschwerend kommt der häufig ausbleibende Wiedereinstieg ins Berufsleben von Ärztinnen nach der Familienphase hinzu (Simoens und Hurst 2006). Es wird hierbei von einem „Frauenschwund“ gesprochen – betrachtet man eine Studierendenkohorte von

Frauen im Verlauf, so ist im Weiterbildungsprozess, also zwischen Examen und Facharztanerkennung, ein Verlust von 10% der Ärztinnen zu verzeichnen (Kopetsch 2010).

Gerade in männerdominierten Fachgebieten wie der Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie scheint es schwierig, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen. Im Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie wurden daher neue Lehrmethoden und extrakurrikulare Angebote diskutiert, um mehr Interessierte für das Fach zu gewinnen (Klima et al. 2015).

Auch im Bereich der Forschung wird die Feminisierung der Medizin als einer der Gründe angeführt, dass sich die „akademische Medizin in der Krise“ befindet. Weniger Frauen seien an einer wissenschaftlichen Karriere interessiert, weil diese kaum mit deren Arbeits- und Lebensvorstellungen zu vereinen sei (Awasthi 2005). Auch eine Stellungnahme der Bundesärztekammer führt u.a. den mangelnden Wiedereinstieg von Frauen nach familienbedingtem Aussetzen an, der die weitere Gewährleistung von Nachwuchskräften in der akademischen Lehre und Forschung erschwert (Bundesärztekammer 2013).

Nicht nur im Bereich der Forschung, auch in Leitungspositionen sind Frauen trotz der steigenden Zahl an Ärztinnen bisher unverhältnismäßig vertreten. In der Literatur wird hier von dem Effekt der „*leaky pipeline*“ gesprochen: Auf dem Karriereweg gehen Frauen – aufgrund von mangelndem Karriereinteresse und einer Priorisierung der Familienplanung – ähnlich im Sinne eines „undichten Wasserrohrs“ nach und nach verloren. So waren im Jahr 2016 in den Führungspositionen der deutschen Kliniken (hier definiert Anstellung am Lehrstuhl, in der Klinikdirektion oder als unabhängige Abteilungsleitung) Frauen nur zu 10% vertreten (Deutscher Ärztinnenbund e.V. 2016). Hierbei schwindet der Frauenanteil mit steigender hierarchischer Position – während noch eine Mehrzahl der Absolventen und Promovierenden weiblich ist, sind dies im Mittel noch 31% der Oberärzte und 16 der Professorenschaft. Regine Rapp-Engels problematisiert in diesem Zusammenhang die weiterhin unzureichenden Karrierechancen für Frauen (Deutscher Ärztinnenbund e.V. 2011). Laut eines Reviews, welcher möglichen Karrierebarrieren von Ärztinnen in Deutschland nachgeht, bleiben 40% der Frauen, die in der akademischen Medizin tätig sind, aus Karrieregründen kinderlos (Jerg-Bretzke und Limbrecht 2012). Diese Unterrepräsentation von Frauen in Leitungspositionen, u.a. aufgrund einer erschwerten Familienvereinbarkeit, scheint auch auf medizinische Hochschulen und Krankenhäuser in den USA und Kanada zuzutreffen (Rochon et al. 2016). Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass Frauen unter Umständen nicht dasselbe Interesse an einer Karriere hegen wie Männer. Bettina Pfeleiderer, designierte Präsidentin des Weltärztinnenbundes, führt an dieser Stelle zu vage geplante Karrierevorstellungen und eine mangelnde Identifikation der Frauen mit dem Beruf als mögliche Ursachen an (Beerheide und Schlitt 2016).

In einer im Rahmen der DGPPN-Nachwuchskampagne (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) veröffentlichten Artikelserie werden von Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Präsident der DGPPN, weitere Aspekte aufgegriffen. So seien in Folge des Überschusses an Ärzten in den 1980er Jahren politische Entscheidungen getroffen worden, die zu einem Attraktivitätsverlust des Arztberufes in Deutschland führten. Aufgrund der steigenden Arbeitsbelastung und der sinkenden Vergütung begannen nur 58% der Studierenden im Anschluss an das Studium ihre Tätigkeit als klinisch praktizierender Arzt bzw. Ärztin (Schneider 2010). Der Verlust potenzieller Ärztinnen und Ärzte in und nach dem Studium wird durch eine Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung deutlich: Im Zeitraum von 2003 bis 2008 schlossen 17,9% der Studierenden ihr Studium nicht erfolgreich ab. 11,6% der Absolventinnen und Absolventen dieses Zeitraumes meldeten sich im Anschluss an ihr Studium nicht bei einer Ärztekammer. Im Jahr 2008 waren dies sogar 18,4%, der Trend wurde hierbei als steigend beschrieben (Kopetsch 2010). Zahlen dieses Trends nach 2008 liegen nicht vor – die Ärztestatistik 2015 der Bundesärztekammer zeigt jedoch, dass der generelle Trend zum Ärzteverlust nach Studienabschluss nach wie vor aktuell ist. So hat sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit in den vergangenen Jahren kaum verändert. Zwar hat sich die Gesamtzahl dieser um 1,2% im Vergleich zum Vorjahr reduziert, jedoch ist der Anteil der Ärzte in Elternzeit sowie der im Haushalt oder berufsfremd tätigen Ärzte gestiegen. Der Anteil der nicht-klinisch tätigen Ärzte, abzüglich derer in Ruhestand oder Altersteilzeit, an der gesamten Ärzteschaft liegt bei ca. 10% (Bundesärztekammer 2015a). Um die medizinische Versorgung der Gesellschaft mit einer alternden Ärzteschaft und einer steigenden Zahl an Behandlungsfällen in Zukunft zu gewährleisten, müsse laut Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, auch dafür gesorgt werden, „dass diejenigen ausgewählt werden, die hinterher auch in der Versorgung der Bevölkerung arbeiten wollen“ (Bundesärztekammer 2015b).

2.2 Zulassungsverfahren zum Medizinstudium – eine Frage der Validität

In Anbetracht der oben genannten Zahlen stellt sich die Frage, wie ein solcher Schwund von Studierenden und Absolventinnen und Absolventen zustande kommt, ist doch das Studium der Humanmedizin bekanntermaßen aufgrund seiner hohen Attraktivität zugangsbeschränkt und nur den Bewerbern mit bestem N.C. (Numerus Clausus) und hohen Testwerten der universitären Auswahlverfahren vorbehalten – derzeit liegt die Quote bei 5 Bewerbern auf einen Studienplatz (hochschulstart.de 2016).

Die Validitätsprüfung der verschiedenen Auswahlverfahren ist daher Ziel zahlreicher nationaler und internationaler Studien, um die medizinische Versorgung der Bevölkerung und die Weiterführung der medizinischen Forschung zu gewährleisten. Wichtig sind hierbei zum

einen die Vorhersage von Studienerfolg im Sinne einer niedrigen Abbrecherquote, kurze Studienzeiten und gute Examensnoten. Zum anderen spielen aber auch die Sicherstellung von Diversität der Studierenden-Zusammensetzung und Fairness im Auswahlverfahren gegenüber sozialen und ethnischen Minderheiten eine Rolle. Ebenfalls wichtig, jedoch weit aus schwieriger zu erheben, ist eine positive Korrelation des Auswahlverfahrens mit der späteren Leistung als Arzt.

Im Folgenden werden aktuelle deutsche Auswahlverfahren und internationale Prädiktoren für Erfolg im Medizinstudium – jeweils unter Bezugnahme auf den Trend der Feminisierung – vorgestellt.

2.2.1 Abiturnote, A-Levels und Grade Point Average

Das älteste Auswahlkriterium für das Medizinstudium ist die Schulabschlussnote. Die Validität dieser Noten zur Vorhersage des Studienerfolgs wurde durch zahlreiche Studien belegt. Eine Metaanalyse von Trapmann fasst europäische Studienergebnisse ab 1980 zusammen und errechnete eine durchschnittliche prädiktive Validität von $p=0,46$ (reliabilitätskorrigierter Wert) bzw. $p=0,52$ (reliabilitäts- und selektionskorrigierter Wert). Die prädiktive Validität der deutschen Abiturnoten erreiche im europäischen Vergleich einen herausragenden Wert, der ähnlich hoch sei wie der von Studierfähigkeitstests (Trapmann et al. 2007). Dennoch stehen die Abiturnote und Schulabschlussnoten allgemein als alleinige Auswahlkriterien in der Kritik.

Zurzeit werden Medizinstudienplätze in Deutschland zu 20% an die Abiturbesten, zu 20% aufgrund von Wartezeit und zu 60% über hochschuleigene Auswahlverfahren (Auswahlverfahren der Hochschulen, AdH) vergeben. Innerhalb des AdH regeln die Landesgesetze die weiteren Details: so muss z.B. in Niedersachsen die Abiturnote in jedem Verfahrensschritt das am stärksten gewichtete Kriterium bleiben (Nds. GVBl. 2014).

Auch wenn der Abiturnote im deutschen Zulassungsverfahren den größten Stellenwert beigemessen wird, bleibt der Nachweis aus, ob das Abitur dazu fähig ist, Erfolg im klinischen Studienabschnitt oder die Qualifikation zum Arztberuf zu prognostizieren.

In einer longitudinalen Studie wurde die Korrelation von Abiturnoten und Studienerfolg anhand der Noten einer 2005 zugelassenen Studierendekohorte nach dem Abschluss ihres 6. Fachsemesters untersucht. Diese Studie ergab, dass die Abiturnote mit den im vorklinischen Studienabschnitt erworbenen Noten zwischen 0,45 und 0,51 korrelierte, sich diese Korrelation aber ab dem klinischen Abschnitt nicht mehr nachweisen ließ. Ebenso bestand keine Korrelation der Abiturnote mit den Ergebnissen der praktischen klinischen Prüfungen, der OSCEs (Objective Structured Medical Examination) (Hampe et al. 2009). Ähnliche Ergebnisse beschreibt auch die oben genannte europäische Metaanalyse (Trapmann et al. 2007) und

eine US-amerikanische Metaanalyse über den prognostischen Wert des GPA (Grade Point Average) (Siu und Reiter 2009).

Auch muss zwischen Abitur und Abitur als Erfolgsprädiktor unterschieden werden: Eine retrospektive Datenerhebung der Johann Wolfgang Goethe - Universität in Frankfurt von 700 Medizinstudierenden ergab, dass gute Abiturnoten nur in bestimmten Schulfächern mit einer guten Leistung im 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung korrelierten. So seien Mathematik, Biologie, Chemie, Deutsch und Englisch positive Prädiktoren für den Erfolg in der Vorklinik. Der beste Prädiktor ist darunter die Leistungsfachkombination aus Mathematik und Englisch im Abitur (Syed Ali et al. 2008). Derzeit ist für die Platzierung der N.C.-Besten die Fächerkombination der Abiturnote jedoch nicht von Bedeutung.

Folgende Studie wirft ebenfalls Zweifel zur prognostischen Güte der Abiturnote auf: In einer Längsschnittuntersuchung der Medizinischen Fakultät Heidelberg wurde der Einfluss der drei Faktoren Abiturdurchschnittsnote, Studieneintrittsalter und Zulassungsquoten-Zugehörigkeit (z.B. Abiturbestenquote oder Wartezeitquote) auf den Studienerfolg dreier Jahrgänge mit insgesamt 720 Studenten untersucht. Der Zeitraum der Datenanalyse umfasste den Studienverlauf von der Immatrikulation bis zum Beginn des Praktischen Jahres. Studienerfolg wurde hier determiniert als Ergebnis des ersten Versuchs der fakultätsinternen Prüfungen und die dafür benötigte Studiendauer. Die Studie ergab unter anderem, dass die Abiturdurchschnittsnote „weniger als 30% der Varianz der Studienleistung“ erklären kann, sodass die „Streuung der Studienleistungen aller Abiturnotengruppen groß ist“. Es wurde gefolgert, dass durch das bisherige Auswahlverfahren mit starker Gewichtung der Abiturnote leistungsstarke Studenten unbeachtet bleiben, was durch den Einsatz abiturunabhängiger Auswahlverfahren verhindert werden könnte (Kadmon et al. 2014).

Die Abiturnote ist aber nicht nur aufgrund ihrer vermutlich geringen gesamt-prognostischen Aussagekraft kritisch zu hinterfragen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob in einem deutschlandweiten Vergabesystem von Studienplätzen das Abitur überhaupt Vergleichbarkeit gewährleisten kann.

In einer Studie zur Vergleichbarkeit von Abiturnoten wurden zwei separat durchgeführte standardisierte Leistungstests in den Fächern Mathematik und Englisch in den Bundesländern Hamburg und Baden-Württemberg miteinander verglichen und in Bezug zu den von den Schulen vergebenen Fachnoten gesetzt. Interessanterweise gab es gerade im Fach Mathematik, das ja laut der oben aufgeführten Syed Ali-Studie zumindest mit vorklinischem Studienerfolg positiv korreliert, deutliche Bewertungsunterschiede: Für eine gleiche Leistung im standardisierten Test bekamen Hamburger Abiturienten 1,5 Notenpunkte bessere Leistungskursnoten (Notenpunkte der deutschen Oberstufe werden im Bereich von 0-15 Punkten

vergeben), im Grundkurs sogar mehr als 2 Notenpunkte besser als Abiturienten in Baden-Württemberg (Neumann et al. 2009).

Disparitäten in Hinblick auf die Notenvergabe sind zumindest im Ländervergleich nachweisbar – anhand eines bundeslandeigenen Rankings wird hier versucht, diese Differenzen für die bundesweite Studienplatzvergabe auszugleichen. Es ist anzunehmen, dass ähnliche Unterschiede auch im Städte-, Schul- oder Lehrervergleich feststellbar sind, auf die im aktuellen Auswahlverfahren aber keine Rücksicht genommen wird.

In Großbritannien ist die Auswahl nach Schulabschlussnote aus einem weiteren Grund zu hinterfragen: Schüler aus Privatschulen schneiden bei den Schulabschlussnoten, den A-Levels, besser ab als die Schüler staatlicher Schulen. Das Medizinstudium ist dadurch hauptsächlich den finanziell besser gestellten Schichten vorbehalten (McManus et al. 2005). Ebenfalls problematisch ist die europaweite Inflation guter Schulnoten, die eine Selektion aufgrund von schulischen Leistungen immer schwerer machen dürfte (McManus et al. 2005; Deutscher Philologenverband 2014).

2.2.1.1 Schulabschlussnoten und Feminisierung

Die Abiturnote spielt in vielen Verfahren – trotz dargestellter Problematik – unter den Auswahlkriterien noch immer die wichtigste Rolle. Abgesehen von eingeschränkter prognostischer Validität und Vergleichbarkeit ist die Schulabschlussnote aber auch aus der Perspektive der Chancengleichheit der Geschlechter zu hinterfragen.

Dass Jungen und junge Männer in Bezug auf Schulleistungen das Nachsehen haben, ist ein Trend, der weltweit beobachtet wird. In den in 38 teilnehmenden OECD-Ländern der PISA-Studie 2012 (Programme for International Student Assessment) erzielten Mädchen signifikant höhere Werte als die teilnehmenden Jungen. Dieses Gefälle zwischen den Geschlechtern zieht sich bis in den tertiären Bildungsbereich. Das Jahr 2012 stellt hier einen Wendepunkt dar: Zum ersten Mal schlossen in den OECD-Ländern mehr Frauen als Männer eine tertiäre Bildung ab (34% zu 30%), ebenfalls mehr Frauen graduierten im höheren sekundären Bildungsweg als Männer (87% zu 81%) (OECD 2015). Auch innerhalb Europas wurde das Thema in einer Auftragsstudie der Europäischen Kommission problematisiert – die Leistungsschwachheit der Jungen stellt auch hier ein Problem dar und zeigt sich u.a. in höheren Schulabbruchraten, schlechteren Zeugnissen und häufigerem Nachsitzen (Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA) 2010).

In Deutschland wird dieses Phänomen ebenfalls beobachtet: Hochrechnungen des statistischen Bundesamtes haben ergeben, dass Frauen deutlich häufiger Abitur machen als Männer: „Frauen (38%) erwarben 2008 deutlich häufiger Abitur oder Fachhochschulreife als Männer (31%). Bezieht man den Realschulabschluss mit ein, werden die Unterschiede grö-

ßer: 71% der jungen Frauen hatten ein (Fach-)Abitur oder einen Realschulabschluss. Bei den Männern waren es nur 63%“ (Weinmann 2010).

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) spricht hier von sogar von einem „Bildungsmisserfolg für Jungen“. In ihrer 2008 veröffentlichten Analyse zur Bildungssituation von Jungen wurde dargelegt, dass mögliche Gründe für das schlechtere Abschneiden in der Schule an ungerechter Bewertung aufgrund von mangelnder Genderkompetenz der Lehrkräfte liegt: „klassisches“ Jungenverhalten wird eher als störend empfunden, „klassisches“ Mädchenverhalten gelobt. In Fächern wie Mathematik, in denen Jungen eine stärkere Leistung zeigen, kommt die ungerechte Bewertung besonders zum Ausdruck: trotz gleicher Kompetenzen erlangten Mädchen die höheren Noten. Diese frühe Benachteiligung von männlichen Schülern seitens der Lehrer sei der Beginn der sich diskrepant entwickelnden Schulleistungen von Mädchen und Jungen (Budde 2008).

Ähnliche Beobachtungen wurden in den USA gemacht: Jungen werden von Lehrkräften generell schlechter benotet als Mädchen, auch wenn die Leistungen gleich gut sind. Im Zeitraum von 1998 bis 2004 wurde vom NCEES (National Center for Education Statistics) eine randomisierte longitudinale Studie durchgeführt, beginnend mit 17000 Grundschulkindern und endend mit 9000 Fünftklässlern, in der die Leistungen durch national einheitliche Tests abgeprüft wurden. In einer Studie der Columbia University wurden diese Testergebnisse mit den Benotungen der zugehörigen Schullehrer verglichen und ein *gender gap* ermittelt, bei dem die Testergebnisse und die Lehrernoten aller Schüler auf einen Mittelwert von 0 normalisiert wurden mit einer Varianz von 1. So ergab sich bei der Leistung männlicher Schüler der 5.Klasse im naturwissenschaftlichen Test einen Wert von 0,364 (also über dem Mittelwert), die Lehrerbenotung liegt jedoch bei -0,161 (Cornwell et al. 2011).

Eine dreigliedrige britische Studie legt nahe, wie vom Umfeld der Schüler vermittelte Stereotypen und Metastereotypen die Leistung der männlichen Schüler im Sinne einer „*self-fulfilling prophecy*“ schwächen: Im ersten Teil der Studie, an der 238 Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren teilnahmen, konnte anhand einer kindgerechten Befragung gezeigt werden, dass Mädchen schon ab dem Alter von 4 und Jungen ab 7 Jahren glauben, dass Jungen akademisch Mädchen unterlegen sind, und dass dies auch die Meinung der Erwachsenen sei. Ein zweiter Teil der Studie informierte 162 Kinder im Alter von 7-8 Jahren, dass Jungen in einem im Anschluss durchgeführten Test, der Lese-, Rechen- und Schreibfähigkeiten abprüfte, generell schlechter abschneiden. Diese Jungen schnitten im Anschluss signifikant schlechter ab als die Jungen einer Kontrollgruppe, die im Vorherein nicht manipuliert wurden. In einer dritten Studie wurde vorab die Information an 168 Schüler (Alter 6 bis 9) weitergegeben, dass Jungen und Mädchen gleich abschneiden würden. Hier verbesserte sich das Ergebnis

der Jungen im Vergleich zum zweiten Studienteil erheblich. Mädchen wurden in keiner der beiden Teilstudien in ihrer Leistung manipuliert (Hartley und Sutton 2013).

Interviews mit 68 akademisch fähigen und (natur-)wissenschaftlich interessierten Kindern aus niedrigeren sozialen Schichten in England zeigen, dass vor allem Jungen früh erlernt haben, dass sie nicht der „Typ zum Studieren“ sind (Greenhalgh et al. 2004). Es ist also davon auszugehen, dass Jungen schon ab einem frühen Alter von Stereotypen ihr Geschlecht betreffend negativ beeinflusst werden, und so die Diskrepanz der Schulleistungen zwischen den Geschlechtern möglicherweise mitverursacht, mindestens aber verstärkt wird.

Von Seiten des BMBF und des Bundesjugendkuratoriums wird sich aufgrund der dargelegten Datenlage für die Vermittlung von Genderkompetenzen im Unterricht mit Jungen und Mädchen starkgemacht (Budde 2008; Bundesjugendkuratorium 2009).

2.2.2 Admission tests – Zulassungstests – Studierfähigkeitstests

In Hinblick auf oben angeführte Schwachstellen bei alleiniger Anwendung von Schulabschlussnoten als Auswahlkriterium wurden verschiedene Zulassungstests entwickelt, die darauf ausgelegt sind, verschiedene Fähigkeiten zu prüfen, die für das Medizinstudium und die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit oder Forschung von Bedeutung sind.

Der GAMSAT (Graduate Australian School Admission Test), der hauptsächlich in Australien, aber z.B. auch zur Zulassung an einigen britischen Universitäten verwendet wird, setzt sich aus drei Prüfungsteilen zusammen: logisches Denken in Geistes- und Sozialwissenschaften, schriftliche Kommunikation und logisches Denken in Biologie und Physik. Der GAMSAT wird für medizinische Studiengänge, aber auch für Fächer wie Physiotherapie und Tiermedizin verwendet (gamsat). Während für den GAMSAT ein abgeschlossenes Vorstudium Voraussetzung ist, reicht für den Zugang zum Studium mithilfe des UMAT (Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test) der Schulabschluss aus. Dieser Test besteht hauptsächlich aus Fragen zu logischem Denken und Problemlösen (umat). Der britische Studierfähigkeitstest UKCAT (UK Clinical Aptitude Test) befasst sich mit verbalem, numerischem, abstraktem und ethischem Denken und Problemlösen (ukcat). Hauptsächlich in den USA und in Kanada, aber zum Teil auch in Australien, kommt der MCAT (Medical College Admission Test) zum Einsatz. Inhalte dieses Tests umfassen naturwissenschaftliches Wissen und verbal-logisches Denken (mcat).

Die zwei in Deutschland am häufigsten angewandten Studierfähigkeitstests sind der HAM-Nat (Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge – Naturwissenschaftsteil) und der TMS (Test für Medizinische Studiengänge). Der HAM-Nat prüft in 80 Multiple-Choice-Fragen Kenntnisse in Chemie, Mathematik, Biologie und Physik. Anwendung findet der Test mittlerweile nicht nur in Hamburg, sondern auch in Magdeburg und für die Charité Berlin (uke

2016). Der TMS (Test für medizinische Studiengänge) wird als Auswahlkriterium an mehr als der Hälfte aller medizinischen Fakultäten angewandt, unter anderem auch in Göttingen (Kadmon 2015). Getestet wird hier das „Verständnis für naturwissenschaftliche und medizinische Problemstellungen“ (tms-info). Basierend auf dem TMS wurde für die Schweiz der EMS entwickelt (Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz) (ems 2016). Fragen beider Tests behandeln vor allem räumliches Denken, Merkfähigkeit und mathematisches und naturwissenschaftliches Verständnis.

Dass diese Zulassungstests zusätzliche Aspekte der Studierfähigkeit prüfen, die von der Abiturnote allein nicht abgedeckt werden, zeigen die folgenden Studien.

Schon in einem Testdurchlauf mit 162 Studienanfängern zeigte sich prospektiv, dass sowohl ein TMS-ähnlicher Zulassungstest NatDenk als auch der HAM-Nat einen signifikanten Zusammenhang mit Studienerfolg (Bestehen des M1-Examens, früher Physikum, nach sieben Semestern) aufweisen (Hissbach et al. 2012). Durch die anschließende Einführung des HAM-Nat in der konnte zusätzlich die Abbrecherquote in Hamburg deutlich reduziert werden. In den Ergebnissen der Studie korrelierte der HAM-Nat stärker als die Abiturnote mit Studienerfolg ($r=0,31$ bzw. $r=0,26$), jedoch nur wenig mit der Abiturnote selbst ($r=0,21$), was demonstriert, dass der HAM-Nat zusätzliche prognostische Validität zum Auswahlverfahren beiträgt (Hampe et al. 2008).

Auch international werden Zulassungstests eine Verringerung der Abbruchquote bescheinigt. In einer prospektiven Kohortenstudie von sechs Studierendenjahrgängen ($n=1544$), die zwischen 2002 und 2007 an der Southern Denmark University zugelassen wurden, zeigte sich, dass die Studierenden, die mithilfe eines abschlussnotenunabhängigen Zulassungstests einen Medizinstudienplatz bekamen, weniger häufig das Studium abbrechen als Studierende, die allein aufgrund ihrer guten (Schul)-Abschlussnoten einen Platz erhielten (O'Neill et al. 2011).

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte eine retrospektive Kohortenstudie der Medizinischen Universität Graz, die zwei Studierendengruppen (2002 bis 2004 und 2008 bis 2009) miteinander verglich. Die spätere Kohorte, die mithilfe eines Auswahlverfahrens ausgewählt wurde, hatte eine geringere Abbruchquote als die Vergleichsgruppe, die mit einem offenen Zulassungsverfahren ihr Studium begannen (Reibnegger et al. 2011).

In einer Längsschnittstudie der Universität Heidelberg wurden zwei Gruppen von Studierenden verglichen, die im Zeitraum von 2009 bis 2012 ihr Studium begannen. Das Auswahlverfahren berücksichtigte Abiturnoten und TMS-Ergebnisse. Bewerber mit der Abiturnote 1,0 wurden der ersten, Bewerber mit Abiturnoten von 2,0 bis 2,3 der zweiten Gruppe zugeteilt. Alle Bewerber, bis auf die 20% Abiturbesten, nahmen an dem TMS Teil. Verglichen wurden

Studienkontinuität (gemessen anhand des Zeitpunktes des Bestehens des M1-Examens) und Studienleistung (gemessen als arithmetischer Mittelwert der Erstprüfungsnoten der ersten vier Studiensemester). Die Studie ergab, dass in beiden Gruppen der TMS-Wert die Studienkontinuität und -leistung besser vorausgesagte als die Abiturnote es vermochte. Zusätzlich konnte herausgefunden werden, dass Studierende mit einer mittelmäßigen Abiturnote, jedoch einem hohen TMS-Wert, eine ähnliche Studienleistung ablegten wie die Abiturbesten. Abiturbeste mit mittelmäßigen TMS-Werten hingegen erbrachten schlechtere Studienleistungen als Studierende mit mittelmäßigem Abitur und guten TMS-Werten (Kadmon und Kadmon 2016). Ähnliche Ergebnisse bezüglich Studienleistung und -kontinuität zeigten sich auch beim TMS-Äquivalent der Schweiz (Hampe et al. 2009; Hänsgen und Spicher 2002) und in Österreich (Kraft et al. 2013).

Abgesehen von prognostischer Validität in Bezug auf Studienleistung, Abbrecherquoten und Studienkontinuität konnten nationale und internationale Studien zeigen, dass durch den Einsatz von Studierfähigkeitstests die Diversität und die Fairness im Auswahlverfahren gesteigert werden konnte. Hierzu wird im Unterpunkt „2.3 Diversität und Fairness“ eingegangen werden.

2.2.2.1 Zulassungstests und Feminisierung

Betrachtet man Aufnahmeprüfungen für das Medizinstudium, scheinen männliche Bewerber – im Gegensatz zum Zulassungskriterium „Schulabschlussnote“ – in den naturwissenschaftlich fokussierten Zulassungstests im Vorteil zu sein. Dies zeigt zum Beispiel der australische GAMSAT (Graduate Medical School Admission Test).

Einer australischen Studie zufolge, die die Zusammensetzung von neun aufeinanderfolgenden Studierendenkohorten der Jahrgänge 2004 bis 2012 mit insgesamt 4051 eingeschriebenen Studierenden bezüglich des Geschlechts und ihres GAMSAT-Scores untersuchte, schnitten männliche Studierende im GAMSAT-Test durchschnittlich besser ab, was vor allem durch die bessere Leistung in „Section III“ zustande kam. Section III prüft logisches Denken in Biologie und Physik ab. In Australien fußt das Auswahlverfahren auf dem GPA, dem Ergebnis eines Interviews und dem Ergebnis des GAMSAT. Interessanterweise wurde seit der Abschaffung des Interviews in der University of Queensland 2009 ein Einbruch des Frauenanteils unter den zugelassenen Studierenden um 5 Prozentpunkte auf 42,3% festgestellt, mit bis 2012 eher weiterhin sinkender Tendenz. Die Leiter der Studie sahen darin Grund zur Annahme, dass die Interviews, wie auch schon in weiteren Studien dargelegt, Frauen bevorzugen (Wilkinson et al. 2014) (siehe 2.2.3.1 Interviews und Feminisierung).

Ein ähnliches – etwas schlechteres – Abschneiden von weiblichen Bewerbern wurde auch über den englischen UMAT (Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test)

berichtet (Puddey und Mercer 2013), sowie in Österreich für die SIP (Summativ Integrierte Prüfung) (Mitterauer et al. 2007) und den EMS (Kraft et al. 2013). Auch im deutschen HAM-Nat schneiden männliche Teilnehmer besser ab (Werwick et al. 2015). Im TMS scheinen sich Ergebnisse beider Geschlechter insgesamt die Waage zu halten (Kadmon und Kadmon 2016). Erklärt wird dies dadurch, dass unter den mittelmäßigen Abiturienten Männer anteilig besonders hohe TMS-Werte erzielen können, während unter den Frauen solche mit Einser-Abitur diese Ergebnisse erzielen (Kadmon 2011).

2.2.3 Interviews, MMI, Persönlichkeitstests, Empfehlungsschreiben

Review-Artikel wie der von Kreiter und Axelson verschaffen einen Überblick über die bisherigen Forschungserkenntnisse bezüglich der verschiedenen Zulassungskriterien. Während, wie bereits erwähnt, Zulassungstests wie der MCAT einen positiven prädiktiven Wert für akademische Leistungen und klinische Fähigkeiten erreichen, mangelt es hingegen dem klassischen Interview, Persönlichkeitstests und Empfehlungsschreiben noch an Reliabilität und Validität (Siu und Reiter 2009; Kreiter und Axelson 2013).

Das standardisierte Multiple Mini Interview (MMI), bestehend aus einer Serie an kurzen, strukturierten Interviews zur Erfassung verschiedener sozialer Kompetenzen, bildet jedoch eine Ausnahme. Hier wurde eine Korrelation mit dem Studienerfolg nachgewiesen, die sogar im Laufe des Studiums zunimmt, während die des GPA und auch des Testwertes des MCAT im Studienverlauf abnehmen (Kreiter und Axelson 2013). Zusätzlich scheint das MMI einem negativen Bias gegenüber niedrigeren sozialen Schichten entgegenzuwirken (Steele 2011). Abschreckend für viele Universitäten ist jedoch der hohe Zeit- und Kostenaufwand von MMI.

Insgesamt fehlt es nach wie vor an einem Testwert, der auch den Erfolg der ärztlichen Karriere – also Leistungen nach Abschluss des Studiums – reliabel vorhersagt (Kreiter und Axelson 2013).

2.2.3.1 Interviews und Feminisierung

Die unter 2.2.2.1 angeführte Studie von Wilkinson et al. zeigt, dass weibliche Bewerber in Australien aufgrund von Interviews präferiert wurden, obwohl das Interview selbst keine prognostische Validität für Studienerfolg aufweisen konnte (Wilkinson et al. 2014; Wilkinson et al. 2008). Eine retrospektive Datenanalyse von 6699 Bewerbern aus vier Kohorten (2004 bis 2007) für eine südaustralische medizinische Hochschule argumentiert, dass die Bevorzugung von Frauen in Interviews in ihrem reiferen Auftreten begründet sei. In dem Auswahlverfahren dieser Hochschule wurden Bewerber aufgrund ihres UMAT-Testwertes und ihres GPA zu einem Interview eingeladen, und bekamen hiernach bei ausreichender Gesamtleistung einen Studienplatz angeboten. Der Studie nach war die Odds Ratio für Frauen niedriger, zu einem Interview eingeladen zu werden (OR = 0,88) – sie bekamen aber im Verhältnis sehr

viel öfter einen Studienplatz angeboten (60% der Studienplätze wurden an Frauen vergeben) (Laurence et al. 2010).

2.3 Fairness und Diversität

Wie schon erwähnt, machen es sich Universitäten auch zum Ziel, Zulassungstests zu entwerfen, die möglichst fair gegenüber sozialen und ethnischen Minderheiten sind und die Diversität unter den Studierenden erhöhen. Eine Studie der Forschungsgruppe um Ferguson deckte anhand der Analyse einer britischen Datenbank, die sämtliche 1.225.156 Studienbewerber in den Jahren 2002 bis 2004 einschloss, auf, dass die Bewerber für das Studienfach Medizin mit höherer Wahrscheinlichkeit weiblich, nicht-weißer Hautfarbe, aus einer hohen sozialen Schicht stammen und an Privatschulen unterrichtet wurden. Es wird vorgeschlagen, dass Randgruppen schon vor dem Zeitpunkt der Bewerbung zur Aufnahme eines Medizinstudiums ermutigt werden müssen, um ein breites Spektrum an potenziellen Ärzten zu erreichen. Die Forschungsgruppe um Seyan et al. machte sich sogar für eine Mindestquote für unterrepräsentierte soziale Gruppen (vor allem schwarze und weiße Männer) stark, um die Beteiligung am Auswahlverfahren zu weiten (Seyan et al. 2004).

Eine soziodemographisch diversere Ärzteschaft wirkt sich positiv auf die Versorgung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen aus: Es konnte gezeigt werden, dass Ärzte aus ethnischen Minderheiten und niedrigeren sozialen Schichten überproportional häufig die Patientenversorgung für diese Bevölkerungsgruppen übernehmen und dies auch am erfolgreichsten umsetzen können (Magnus und Mick 2000). So wurde vom Komitee für Chancengleichheit des BMA (British Medical Association) postuliert, dass die Ärzteschaft möglichst die Gesellschaft, der sie dient, repräsentieren sollte, um die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten (BMA Equal Opportunities Committee 2009).

Verschiedene Studien demonstrieren, dass Auswahlverfahren die gewünschten Effekte in Bezug auf Fairness und Diversität hervorbringen: So zeigt eine retrospektive Kohortenstudie von 2532 Studierenden, die von 2002 bis 2008 zum Medizinstudium in Graz zugelassen wurden, dass sich nach Einführung eines Zulassungsverfahrens 2006 die Geschlechterquote ausbalancierte. Die Verhältnis von Männern zu Frauen, welches zuvor 0,643 betrug, stieg im Anschluss auf 1,046 an (Reibnegger et al. 2010).

Auch das englische Auswahlverfahren, der UKCAT, führte zu einem einen signifikanten Anstieg von benachteiligten sozialen Gruppen (männliche Bewerber und Bewerber aus niedrigen sozioökonomischen Schichten), wie eine prospektive Kohortenstudie von 8459 Bewerbern an 22 britischen medizinischen Universitäten zeigt (Tiffin et al. 2012).

In Magdeburg wurde das Geschlechterverhältnis der Medizinistudierenden nach Einführung des HAM-Nat zum Wintersemester 2012/13 innerhalb weniger Jahre drastisch ausbalanciert.

Weibliche Studierende waren zuvor mit 68% in der Überzahl (2011). Diese Zahl reduzierte sich deutlich in den kommenden Jahren und lag 2014 bei 48% (Werwick et al. 2015).

2.4 Geschlecht und Arztberuf

Anlehnend an die Genfer Deklaration (Weltärztebund 2006) gilt laut der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte der Bundesärztekammer das Gelöbnis, bei der „Ausübung (der) ärztlichen Pflichten keinen Unterschied zu machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“ (Bundesärztekammer 2015c). Ärzte sind verpflichtet, alle Patienten gleich zu behandeln. In der Genfer Deklaration, einer Überarbeitung des Hippokratischen Eids als ethischen Grundsatzes ärztlichen Handelns, werden u.a. zusätzlich auch das „Geschlecht“ und die „sexuelle Orientierung“ des Patienten aufgeführt, die das Handeln des Arztes nicht beeinflussen dürfen. Hier sei angemerkt, dass „Geschlecht“ als zusätzliche Aufzählung im Gelöbnis der Bundesärztekammer nicht aufgeführt wird, in einigen Berufsordnungen der Landesärztekammern, wie beispielsweise der Bayerischen Landesärztekammer, jedoch beibehalten wurde (Bayerische Landesärztekammer 2003).

Für die Behandlung des Patienten sollte das Geschlecht keine Rolle spielen, der Arzt folglich aufgrund seines eigenen Geschlechts oder aufgrund der Einstellung gegenüber einem bestimmten Geschlecht nicht in seiner Tätigkeit beeinflusst werden. Die Feminisierung sollte also vor dem Hintergrund des Genfer Gelöbnisses für die medizinische Versorgung der Patienten kein Problem darstellen. Mit Blick auf die zu diesem Thema veröffentlichte Literatur zeigt sich jedoch, dass diese Schlussfolgerung nicht so einfach gezogen werden kann. Tatsächlich ergeben sich für Arzt und Patient durch verschiedene Geschlechtskonstellationen – Geschlechtskonkordanz oder -diskordanz – relevante Auswirkungen.

2.4.1 Auswirkungen der Geschlechtskonstellation auf die Behandlung des Patienten

Im Folgenden soll ein Überblick über verschiedene Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung verschafft werden, in denen der medizinische Behandlungsprozess durch das Geschlecht des Arztes oder des Patienten beeinflusst wird.

Allgemein lässt sich sagen, dass eine geschlechtskonkordante Arzt-Patienten-Konstellation ein ungezwungeneres und häufig angenehmeres Therapiebündnis ermöglicht. Zu diesem Ergebnis kommt ein Review über 10 Studien der Jahre 1970 bis 2007, die sich mit dem Thema Arzt-Patienten-Kommunikation in Bezug auf das Geschlecht befasste (Sandhu et al. 2009).

2.4.1.1 Anamnese

Für Ärzte kann das Patientengeschlecht trotz des ärztlichen Berufsethos einen bedeutenden Effekt auf die Behandlung haben. So beschrieben in einer US-amerikanischen Befragung von 78 Ärzten eines medizinischen Versorgungszentrums bis zu 50% der Teilnehmer Unbehagen bei der Erhebung der Sexualanamnese eines Patienten anderen Geschlechts. Besonders Ärztinnen fühlten sich in der Konstellation mit männlichen Patienten unwohl. Parallel zu diesen Ergebnissen berichteten Ärzte und Ärztinnen von vermutlich größerem Unbehagen auf Seiten der Patienten des anderen Geschlechts bei Erhebung der Sexualanamnese (Burd et al. 2006). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte eine britische Befragung von 813 Angehörigen von Gesundheitsberufen (Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten): Auch hier fühlten sich männliche Teilnehmer signifikant wohler in der Initiierung und Erhebung der Sexualanamnese und wurden laut eigenen Angaben signifikant häufiger von Patienten zu sexuellen Themengebieten gefragt (Haboubi und Lincoln 2003). Zum gleichen Schluss gelangte auch eine britische Studie mit Tiefeninterviews von 22 Allgemeinmedizinern (Hinchliff et al. 2009, 2009) und eine Befragung von Medizinstudierenden in Australien mit 132 Teilnehmern (Zaharias et al. 2004)

Die Gestaltung der Suchtanamnese bei depressiven Patienten scheint ebenfalls durch das Geschlecht des Arztes entscheidend beeinflusst zu werden. 1428 an Depression erkrankte Patienten von 389 Hausärzten (Kalifornien) wurden im Anschluss an ihren Arztbesuch befragt, ob eine erfolgreiche Detektion ihrer Erkrankung und gegebenenfalls zusätzlicher Suchtfaktoren stattgefunden hatte. Bei der Detektionsrate der Depression ergab sich kein Unterschied zwischen geschlechtskonkordanten und -diskordanten Arzt-Patienten-Paaren. Unterschiede waren allerdings in der weiterführenden Anamneseerhebung festzustellen: Alkohol- oder Drogenmissbrauch wurden häufiger von männlichen Ärzten als von Ärztinnen, Angststörungen häufiger von weiblichen Therapeuten erfasst (Chan et al. 2006).

In einer US-amerikanischen Meta-Analyse von 23 Studien der Jahre 1967 bis 2001 wurden der Kommunikationsstil und die Arzt-Patienten-Beziehung von männlichen und weiblichen Ärzten verglichen. Auch wenn die untersuchten Studien zum Teil gegensätzliche Ergebnisse erbrachten, so ging aus der Mehrheit der Studien hervor, dass Ärztinnen einen patientenfokussierteren Therapiestil verfolgen. Insgesamt wurden von Ärztinnen mehr psychosoziale Aspekte im Arzt-Patienten-Gespräch diskutiert, Frauen gaben weniger direkte Instruktionen und offerierten mehr therapeutische Alternativen als ihre männliche Kollegen, förderten aktiver eine partnerschaftliche Beziehung zu ihren Patienten mit emotionaler Komponente, schafften häufiger ein positiv-konstruktives Gesprächsklima durch verbale und nonverbale Kommunikation und nahmen sich im Durchschnitt 2,05 Minuten mehr Zeit für ihre Patienten. In Bezug auf die medizinische Qualität der an den Patienten kommunizierten Informationen,

die Kommunikation des Behandlungsprozesses und die Anzahl der Fragen im Gespräch insgesamt war kein signifikanter Unterschied zwischen den betreffenden Geschlechtern zu finden (Roter et al. 2002). Der weibliche Kommunikationsstil scheint reziprok ein aktiveres und umfangreicheres Antworten des Patienten zu fördern. Eine Meta-Analyse von 7 Studien der Jahre 1967 bis 2000 zeigte, dass Patienten mehr zum partnerschaftlichen Gespräch beitragen und unter anderem mehr psychosoziale und medizinische Informationen in der Anamnese preisgaben (Hall und Roter 2002).

2.4.1.2 Therapie bestimmter Erkrankungen

Das Geschlecht des Arztes scheint in manchen Bereichen auch die Güte der Behandlung bestimmter Erkrankungen zu beeinflussen. Einer retrospektiven US-amerikanischen Studie zufolge, die die Qualität der Behandlung von 1860 HIV-infizierten Patienten und 397 zuständigen Ärzten unter anderem in Bezug auf das Geschlecht analysierte, gab es einen signifikanten positiven Zusammenhang der Behandlungsqualität mit dem männlichen Geschlecht des Therapeuten. Die Qualität der Behandlung wurde an der zeitnahen Einleitung einer Proteaseinhibitoren-Medikation gemessen. Es wurde vermutet, dass die stärkere Einbindung des Patienten in die Entscheidungsfindung bei Ärztinnen zu einer Verzögerung des Therapiebeginns geführt haben könnte. Gleichzeitig wurde im Rahmen der Studie ein Zusammenhang von einem weniger respektvollen Patientenumgang mit einer geschlechtsdiskordanten Arzt-Patienten-Konstellation festgestellt (Beran et al. 2007).

Ebenso könnte die Behandlung von Alkoholismus durch geschlechtsspezifische Stereotypen beeinflusst zu werden. Männlichen fiktiven Patienten wurde in einer schwedischen Befragung von 68 Hausärzten lediglich eine Reduktion des erhöhten Alkoholkonsums nahegelegt, während Patientinnen geraten wurde, den Konsum völlig zu unterbinden. Auch die Überweisung zur weiterführenden Behandlung wurde mehr weiblichen als männlichen Patienten angeboten und geschah häufiger durch weibliche als durch männliche Ärzte. Durch die Studie konnte gezeigt werden, dass vorgefertigte Stereotypen über das Trinkverhalten von Männern und Frauen dazu führen können, dass männliche Alkoholiker unzureichend therapiert werden und somit das Geschlecht des Patienten und des Arztes die Qualität der Behandlung beeinflussen (Geirsson et al. 2009).

Es wird auch von Unterschieden in der Behandlung weiterer Krankheitsbilder berichtet, wie z.B. lumbale Rückenschmerzen, die von Männern eher invasiv und von Frauen eher konservativ behandelt wurden (Veldhuijzen et al. 2013). Bei der präventiven Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren scheint auch eine geschlechtskonkordante Kombination von Arzt und Patient einen Behandlungsvorteil zu bieten, Patientinnen von weiblichen Ärzten wurden hierbei am effektivsten therapiert (Schmittziel et al. 2000).

Bei der Beratung der Patienten in Bezug auf ihre Ernährung, das Gewicht und Gewichtsabnahme zeigt eine französische Studie mit 585 Patienten und 27 Allgemeinmedizinern, dass eine geschlechtskonkordante Arzt-Patienten-Konstellation die Wahrscheinlichkeit für eine Meinungsverschiedenheit zu diesen Themen senkte und auch das weibliche Geschlecht des Arztes in jeder Konstellation eine höhere Zustimmung der Patienten erzielen konnte (Schieber et al. 2014).

2.4.2 Präferenzen in Bezug auf das Arztgeschlecht

Selbst wenn das Geschlecht des Patienten gemäß dem Genfer Gelöbnis für den Arzt keine Rolle spielen sollte, so scheint es dennoch für einen Teil der Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung wichtig zu sein. Von vielen Patienten wird in bestimmten Fällen ein spezifisches Geschlecht des behandelnden Therapeuten bevorzugt.

2.4.2.1 Geschlechtspräferenzen: Hausärzte

In einer US-amerikanischen Studie, in der 92389 ambulante Praxisbesuche der Jahre 1995-2000 ausgewertet wurden, wurde beobachtet, dass es insbesondere für Patientinnen einen Trend in Richtung geschlechtskonkordante Behandlung gibt. Patientinnen, die mit einem Anteil von 59-60% der Besuche generell häufiger zum Arzt gingen als Männer, machten 56% der Praxisbesuche männlicher Hausärzte aus, während die Prozentzahl bei Praxisbesuchen weiblicher Hausärzte mit 72% (Jahr 1995) deutlich höher lag und im sich Verlauf zu 78% (im Jahr 2000) steigerte (Fang et al. 2004).

Eine Studie von 1990, die 185 Befragungsbögen von Hausarztpatienten (USA) analysierte, kam zu dem Ergebnis, dass 45% der Patienten ein bestimmtes Geschlecht präferierten. Von den Frauen bevorzugten 43% eine Ärztin und 9% einen Arzt, von den Männern wünschten 31% von einem Mann und 12% von einer Frau behandelt zu werden. Für anale oder genitale Untersuchungen stieg die Zahl jedoch an: 64% der Männer wollten hier lieber von einem Arzt, 57% der Frauen von einer Ärztin untersucht werden (Fennema et al. 1990).

2.4.2.2 Geschlechtspräferenzen: Weibliche Patienten und Gynäkologen

Eine US-amerikanische Meta-Analyse von insgesamt 23 Studien, die das von insgesamt 14736 Patientinnen präferierte Arztgeschlecht im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe erfragten, ergab, dass eine Mehrheit von 50,2% einen weiblichen, 8,3% einen männlichen und 41,3% keinen bestimmten Arzt bevorzugten (Tobler et al. 2016).

2.4.2.3 Geschlechtspräferenzen: Männliche Patienten und Urologen

Die Studienlage für die Präferenz von männlichen Patienten ist vergleichsweise unzureichend. Es gibt Hinweise darauf, dass männlichen Patienten das Geschlecht im Vergleich zu weiblichen weniger wichtig sein könnte. Beispielsweise ergab eine Befragung von 1087

männlichen Patienten eines medizinischen Zentrums für Veteranen in Texas (USA), dass von den fast 70% der Patienten mit erektiler Dysfunktion 43% den Wunsch nach einem bestimmten Therapeutengeschlecht angaben, 75% davon wünschten sich einen männlichen Arzt (Carrejo et al. 2007). Andere Studien ergaben leicht abweichende Ergebnisse, wie z.B. eine britische Befragung von 429 urologischen Patienten (davon 326 männlich und 103 weiblich): 80% der Patienten hatten keinen Wunsch, was das Geschlecht ihres Therapeuten anging, während nur die restlichen Teilnehmer einen geschlechtskonkordanten Arzt präferierten (17% der Männer und 26% der Frauen) (Tempest et al. 2005).

Auch in Bezug auf endoskopische Untersuchungen, die bei vielen Patienten als schambelegt gelten, gibt es ähnliche Ergebnisse für das von Männern und Frauen präferierte Arztgeschlecht: In einer Befragung von 500 Patienten (286 Männer und 214 Frauen, USA) war für Frauen ein bestimmtes Geschlecht signifikant wichtiger als für Männer (42% der Frauen, 21% der Männer) (Schneider et al. 2009). Ähnliche Ergebnisse für Frauen (45%), jedoch geringere für Männer (4,3%), wurden von einer US-amerikanischen Studie mit 150 Teilnehmern berichtet (Varadarajulu et al. 2002).

Präferenzen von männlichen Patienten für ein bestimmtes Geschlecht scheinen zum Teil kulturabhängig zu sein. In einer israelischen prospektiven Kohortenstudie, in der 119 männliche Patienten eines medizinischen Zentrums befragt wurden, gaben ebenfalls knapp 43% der Teilnehmer eine Präferenz in Bezug auf das Geschlecht ihres behandelnden Urologen an: Ein vergleichsweise deutlich höherer Anteil von 97% bevorzugten in dieser Studie einen männlichen Arzt. Besonders wichtig war hier den Patienten die Durchführung der körperlichen Untersuchung und einer chirurgischen Therapie durch einen männlichen Therapeuten; Scham wurde hierbei als häufigster Grund genannt. Wichtigste Faktoren, die die letztendliche Arztauswahl entscheidend beeinflussten, bezogen sich jedoch auf die medizinische Expertise. Religiosität und bisherige Behandlung durch einen männlichen Urologen waren die wichtigsten Charakteristika, die die Vorliebe für einen geschlechtskonkordanten Arzt signifikant beeinflussten (Amir et al. 2016). Dass eine bestimmte Religionszugehörigkeit – wie die zum Islam – mit einer solchen Präferenz zu korrelieren scheint, beschreibt ein US-amerikanischer Artikel über den Umgang mit muslimischen Patienten im medizinischen Kontext. Sittsamkeit sei im Islam ein wichtiger religiöser Grundsatz, der es Muslimen im Rahmen einer medizinischen Untersuchung beispielsweise erschwere, Körperteile vor dem andersgeschlechtlichen Arzt zu entblößen oder sich mit diesem allein in einem Raum aufzuhalten (Padela und Rodriguez del Pozo 2011).

2.4.2.4 Geschlechtspräferenzen: Kinder und Jugendliche

Es gibt Hinweise darauf, dass auch Kinder ein bestimmtes Arztgeschlecht bevorzugen, welches jedoch von dem Wunsch der Eltern stark abweichen kann. In einer pädiatrischen Not-

fallstation für Wundversorgung (New York) wurden 200 Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren, davon 139 Jungen und 61 Mädchen, zu ihrem Arztwunsch befragt. Die Kinder waren überwiegend hispanischer, zum Teil afroamerikanischer Herkunft. 78% der Jungen und 80% der Mädchen bevorzugten, wenn Wahlfreiheit bestünde, eine behandelnde Ärztin. Bei Befragung der Eltern wünschten sich nur 19% einen weiblichen, 60% hingegen einen männlichen Arzt, nur 21% der Eltern bevorzugten „den erfahrensten Arzt“ jedweden Geschlechts (Waseem und Ryan 2005). Eventuell spielt hierbei der ethnische Hintergrund eine Rolle. Weiße Kinder bevorzugten in einer anderen US-amerikanischen Studie aus Philadelphia tendenziell eher männliche Ärzte, Kinder mit hispanischem oder afroamerikanischem Hintergrund, Drogenmissbrauch oder niedrigerem sozialen Status in der Anamnese bevorzugten eher Frauen (Kapphahn et al. 1999). Andere Studien berichten ebenfalls von einem eher geschlechtskongruenten Arztwunsch, sofern eine Präferenz überhaupt vorlag (Turow und Sterling 2004). Eine weitere US-amerikanische Studie, die 67 männliche Jugendliche im Alter von 10-18 Jahren zu diesem Thema befragte, folgerte, dass der Wunsch, von einer Ärztin behandelt zu werden durch ein hauptsächliches Großziehen durch die Mutter erklärt werden könnte, und dass ein zunehmendes Alter mit einem steigenden Wunsch nach einem geschlechtskongruenten behandelnden Arzt korreliert (van Ness und Lynch 2000).

Im Gegensatz zum präferierten Geschlecht vor einer stattfindenden Behandlung steht das Ergebnis einer Studie, die das Therapiebündnis von 600 Jugendlichen untersuchte, die sich aufgrund von Substanzmissbrauch in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Es konnte gezeigt werden, dass eine geschlechtsdiskordante Konstellation signifikant mit einem verfrühten Abbruch der Psychotherapie korrelierte. Das schlechteste Therapiebündnis wurde hierbei von weiblichen Therapeuten mit männlichen Jugendlichen gebildet (Wintersteen et al. 2005).

2.4.2.5 Geschlechtspräferenzen: Psychotherapie

Im Bereich der Psychotherapie kann das Geschlecht für die Patienten eine wichtige Rolle spielen. Negative Erfahrungen mit einem Geschlecht können auf den Therapeuten projiziert werden und so den Therapieerfolg verschlechtern oder unmöglich machen. Es kann z.B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie nötig sein, einen gleichgeschlechtlichen Therapeuten einzusetzen, um mithilfe eines positiven Gegenübers desselben Geschlechts die konstruktive Identitätsentwicklung zu fördern oder um negative Erfahrungen mit diesem Geschlecht zu überarbeiten. Unklarheit besteht jedoch über den positiven Therapieeffekt des sogenannten „*gender-matching*“ (Blow et al. 2008).

Laut einer kalifornischen Studie waren Patienten mit geschlechtskongruentem Therapeuten signifikant zufriedener mit der Arzt-Patienten-Beziehung als Patienten, die von dem jeweils anderen Geschlecht therapiert wurden (Johnson und Caldwell 2011). Aufgrund der geringen

Anzahl von teilnehmenden männlichen Therapeuten (86,3% der 182 Therapeuten waren weiblich) könnte die Aussagekraft der Studie in Bezug auf die männlich-männliche Konstellation allerdings eingeschränkt sein.

Im Gegensatz dazu wurden in einer Studie der Universität Akron in Ohio (USA) 92 Patienten mit affektiver Störung (Achse-I-Störung) gebeten, die Beziehung zu ihren Psychotherapeuten, darunter Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter, zu beurteilen. Therapeutinnen bekamen hier in den Kategorien „Empathie“ und „Arbeitsbeziehung“ positivere Werte von weiblichen und männlichen Patienten als männliche Therapeuten. Im Rahmen der Studie wurde die These aufgestellt, dass Therapeutinnen womöglich eine stärkere therapeutische Beziehung zu den Patienten entwickeln können, allerdings scheinen weibliche Patienten generell höhere Bewertungen abzugeben. Auch diese Studie war allerdings in ihrer Aussagekraft durch eine sehr geringe Anzahl an männlichen Therapeuten und Patienten als Teilnehmer der Studie eingeschränkt (Bhati 2014).

Eine andere Studie, die psychiatrische Therapiewünsche von 193 Männern und Frauen verglich, fand einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern: Männer präferierten sehr viel häufiger die Form der Einzeltherapie als Frauen (91% der Männer und 77% der Frauen) (Sierra Hernandez et al. 2014).

In Bezug auf die Wirksamkeit der Therapie kommt die Forschung zu verschiedenen Ergebnissen. So wird zum einen vermutet, dass eine höhere Zufriedenheit der Patienten mit der Arzt-Patienten-Konstellation auch zu einer stärkeren Therapeutenbindung und somit zu einer verstärkten Compliance des Patienten mit besserem Therapieerfolg führt (Chue 2006; Johnson und Caldwell 2011). Andere Studien weisen keinen signifikanten Erfolgsunterschied der Therapie bei geschlechtskonkordanter Konstellation auf, beispielsweise der Psychotherapie im Rahmen einer US-amerikanischen prospektiven Kohortenstudie mit 238 Patienten (Zlotnick et al. 1998).

2.4.3 Gendermedizin

Im Kurzen wird ein weiterer Aspekt der Relevanz des Geschlechts für die Behandlung des Patienten dargestellt: Aus der Kritik der Andronormativität, also einer Pseudogeschlechtsneutralität der Medizin, die im Grunde jedoch nur das männliche Geschlecht und seine Gesundheits- und Krankheitsausprägungen zur Norm erhebt, entstand eine Bewegung, die versuchte, beiden Geschlechtern in medizinischer Hinsicht gerecht zu werden (Holge-Hazelton und Malterud 2009). Die sogenannte Gendermedizin macht es sich seit ihrer Entstehung in den 1990er Jahren zur Aufgabe, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankheitsausprägung, -entwicklung und Therapie zu erforschen und als Subform der personalisierten Medizin die Anpassung von Diagnostik und Behandlung an den individuellen

Menschen zu verbessern (Kautzky-Willer 2014). Da sich dieser Teilbereich der Medizin mit geschlechtsspezifischen medizinischen Unterschieden befasst und weniger mit Wechselwirkungen der Geschlechter im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung, soll die Gendermedizin hier nur kurz Erwähnung finden.

Zusammenfassend konnte in der bisherigen Forschung gezeigt werden, dass sich für Patienten, je nach Geschlechtskonkordanz oder -diskordanz der Arzt-Patienten-Konstellation, ein therapeutischer Nach- bzw. Vorteil ergeben kann. Gleichzeitig sollte dem Arzt die Rolle seines eigenen Geschlechtes für einen Teil der Patienten bewusst sein, da sie das Zustandekommen eines Therapiebündnisses und den Therapieerfolg maßgeblich beeinflussen kann.

2.5 Feminisierung – gut oder schlecht?

Die Meinungen über die Feminisierung der Medizin gehen sehr weit auseinander. Eine Position besteht darin, den Trend als Gewinn für die Gesundheit der Bevölkerung zu begrüßen. Frauen nehmen sich mehr Zeit für Patienten und besitzen bessere Kommunikationsfähigkeiten. Frauen neigen zudem eher dazu, sich als ambulante Ärzte niederzulassen, was in Folge das Primärversorgungssystem stabilisieren und verbessern würde. Eine solide Primärversorgung korreliert wiederum mit geringerer Mortalität und Morbidität der Gesellschaft (Phillips und Austin 2009). Andere Stimmen, wie die von Professorin Carol Black, Präsidentin der Royal College of Physicians (London) befürchten durch die Feminisierung einen Einfluss- und Statusverlust ähnlich der Entwicklung der Frauen-dominierten Medizin Russlands (Kilminster et al. 2007).

Der Arztberuf hat sich seit den 1990er Jahren im Rahmen der „Outcome-Bewegung“ um die evidenzbasierte Medizin gewandelt. Patienten wünschen sich eine partnerschaftliche Beziehung, in der sie an Entscheidungen teilhaben können und Informationen offen ausgetauscht werden (Klemperer 2006). Weibliche Stärken, wie der patienten-fokussierte Kommunikationsstil (Roter et al. 2002), könnten besser in diesen Wandel des Arztberufes passen und somit die Patientenzufriedenheit steigern. Das weibliche Geschlecht von Patienten steht, unter anderen Faktoren, in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Wunsch, in die ärztliche Entscheidungsfindung integriert zu werden. Frauen wünschen sich eine partnerschaftlichere Beziehung in der Rolle der Patientin und können vielleicht daher eher ein solches Bündnis in der Rolle der Ärztin erschaffen (Say et al. 2006).

Männer hingegen zeigen, dass sie in der Kommunikation den weiblichen Studierenden unterlegen sind, wie eine Auswahl an folgenden Studien belegt. So z.B. in einer retrospektiven Kohortenstudie von 241 Studenten in Schweden, in der die Kommunikationsfähigkeiten anhand von OSCE-Ergebnissen verglichen wurden: Das Risiko, unbefriedigende Leistungen zu erbringen, war für männliche Studenten signifikant höher (Dahlin et al. 2012). Zu ähnli-

chen Erkenntnissen gelangt eine Göttinger Studie. Leistungsergebnisse einer fünfteiligen OSCE-Prüfung wurden in einem Zeitraum von 2005 bis 2008 von insgesamt 887 Studierenden gesammelt und mithilfe des Wilcoxon-Rangtests verglichen. Studenten schnitten insgesamt schlechter ab als Studentinnen, vor allem in den kommunikativen Prüfungsstationen: In der Erhebung einer psychosomatischen Anamnese bekamen männliche Studierende eines Jahrgangs im Schnitt 0,4 Notenpunkte weniger (in einem Notenintervall von 1-5) (Simmenroth-Nayda et al. 2008). Eine US-amerikanische Analyse von Evaluationen standardisierter Schauspielpatienten, die die Empathie von 577 Medizinstudenten aus vier verschiedenen medizinischen Hochschulen bewerteten, konnte zudem einen signifikant empathischeren Kommunikationsstil bei Studentinnen feststellen (Berg et al. 2015).

Doch nicht nur Frauen weisen für den Arztberuf wichtige Eigenschaften auf, in denen sie dem anderen Geschlecht eventuell „überlegen“ sind. Männer scheinen in der Literatur z.B. die effizienteren und auch die „arbeitskräftigeren“ Ärzte zu sein.

Eine retrospektive Analyse von Daten der „Hospital Episode Statistics England“, die u.a. nach Alter und Fachrichtung korrigiert war, ergab, dass männliche Konsiliarärzte in Teil- und Vollzeit eine hochsignifikant höhere Aktivitätsrate hatten als Frauen und ungefähr 20% mehr Patienten im gleichen Zeitintervall versorgten (Bloor et al. 2008).

Eine andere Studie schlägt vor, dass Männer womöglich einen langfristig motivierenderen Beweggrund für das Medizinstudium als Frauen haben: In einer Querschnittsbefragung von 1450 Studierenden der medizinischen Fakultäten Duisburg-Essen und Münster wurden die Motive für ein Medizinstudium erfragt. Fragestellung bei der Studie war, welche Beweggründe Ärzte im Beruf halten – auch in Hinblick auf den geringeren Anteil an längerfristig arbeitenden Medizinerinnen (siehe 2.1). Folgende eklatante Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht konnten ermittelt werden: Für Männer waren gesellschaftliches Ansehen und gute Berufsaussichten hochsignifikant wichtiger als für Frauen. Das Motiv „Patienten helfen“ hingegen war hochsignifikant für Frauen ausschlaggebend. Die Studie legt nahe, dass Empathie als Motiv womöglich längerfristig nicht motivierend genug ist, um Frauen als Arbeitskräfte zu halten (Burghaus et al. 2013)

Womöglich haben Männer aufgrund ihrer Motivation auch eine höhere Toleranzgrenze, was den Arbeitsumfang der ärztlichen Tätigkeit betrifft. In einer Querschnittsbefragung, an der 637 Assistenzärzte in Bayern teilnahmen, wurde erfragt, ob die Teilnehmer darüber nachgedacht hätten, ihre klinische Arbeit aufzugeben. Beide Geschlechter unterschieden sich hierbei nicht in der Frequenz dieses Gedankens pro Jahr, aber sie unterschieden sich in den Gründen: Neben anderen Faktoren, die für beide Geschlechter eine Rolle spielten, wie die Unterstützung durch Dienstältere, Feedback, Weiterbildungsmöglichkeiten und ein kontrollierbarer Lebensstil, waren nur für Frauen Überstunden ein positiver Prädiktor dafür, über die Aufgabe

der Tätigkeit nachzudenken. Für Männer hatten Überstunden nicht diesen Effekt, im Gegenteil waren sie eher mit Karrieredenken, also etwas für sie Motivierendem, assoziiert. Es wird gefolgert, dass sich Prestige- oder Karrieredenken bei Männern protektiv auf die Frustrationschwelle auswirkt (Ochsmann 2012).

Motivation zum Medizinstudium unterscheidet sich von Frauen nicht nur in Hinblick auf die Faktoren „Karriere“ und „Prestige“. Auch der naturwissenschaftliche Aspekt scheint eher männliche Schüler für das Medizinstudium zu motivieren: Die psychologische Fakultät der University College London prüfte mit einem Fragebogen die Assoziationen zum Arztberuf, die für Bewerber das Studium attraktiv macht. Es wurden verschiedene medizinische Szenarien beschrieben, wozu die Teilnehmer unter drei möglichen Teilaspekten des Arztberufes denjenigen, mit dem sie sich am meisten identifizieren konnten, als Antwortmöglichkeit auswählen konnten. Die Umfrage fand Ende 2003 auf der Medlink, einer zweitägigen Konferenz für am Medizinstudium interessierte Oberstufenschüler in London statt; 2867 Schüler (37,3% männlich, 59,2% weiblich, 5,4% nicht benannt) nahmen teil. Die Analyse ließ folgende Schlüsse zu: Männliche Bewerber motivierte unter den vier herauskristallisierten Aspekten „Indispensability“, „Respect“, „Helping Others“ und „Science“ vor allem „to be indispensable“, „to become a Scientist“, und auch „Respect“ – und weniger anderen Menschen zu helfen (auch hier eine vornehmlich weibliche Motivation) – was mit der laut Analyse dazu tendierenden Persönlichkeitsstruktur zusammenhängt, nicht so gerne direkten Kontakt zu Menschen zu haben und eher weniger extravertiert zu sein. Anschließend konnten diese Motivationsfaktoren mit Fachbereichen in Zusammenhang gebracht werden, die nachweislich auch eher attraktiv für das männliche Geschlecht scheinen: „Indispensability“ mit Chirurgie und Notfallmedizin, „Science“ mit Pathologie und Ophthalmologie (McManus et al. 2006).

Ähnliche Ergebnisse liefert ein Review-Artikel über die Karrierewünsche von Studierenden während der medizinischen Ausbildung. In dem Überblick über 14 Studien der Jahre 2000 bis 2013 zeigte sich, dass chirurgische Fächer vorherrschend von männlichen Studenten bevorzugt werden, wobei dieser Fachwunsch in einem frauendominierten Umfeld noch stärker ausgeprägt war. Bei Frauen waren Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin die beliebtesten Fächer – vor allem dann, wenn sie als weibliche Studierende in der Minderheit waren (Alers et al. 2014). Gleiches gilt für die späteren Fachbereichsvorlieben der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – 80% der Assistenzärzte in der Chirurgie sind männlich (Hibbeler und Korzilius 2008).

Frauen und Männer scheinen unterschiedliche Ärzte zu werden – doch beide Arzttypen werden in der Patientenversorgung und Forschung (siehe 2.1) gebraucht.

3. Fragestellung und Ziel

In der Literatur wurde zum Thema Feminisierung schon vieles zu möglichen Ursachen und Auswirkungen erforscht und kommentiert. Streitpunkte bleiben jedoch in der Bewertung dieses Trends, und auch in den prognostizierten Auswirkungen, die die Feminisierung mit sich bringt bzw. bringen könnte. Unschlüssig scheinen sich auch Politik und Universitäten über den Umgang mit dem Trend zu sein – Vorschläge zur Verbesserung und flexibleren Gestaltung der Arbeitsbedingungen für eine „weibliche Medizin“ scheinen sich in dem Ansatz, mehr männliche Studierende durch Einsatz von Männer-begünstigenden Auswahlverfahren zu rekrutieren, zu widersprechen.

Bisher wurden jedoch in keiner Studie die Ärztinnen und Ärzte selbst zu diesem Trend befragt – sind Auswirkungen der Feminisierung schon zu spüren? Sind die Ursachen für die Feminisierung Teil der Lebensrealität der Bewerber, Studierenden und Ärzte? In den oben angeführten Veröffentlichungen wird über das Ideal einer diversen Ärzteschaft diskutiert – ist dies auch ein Idealbild, das von der Ärzteschaft selbst geteilt wird?

Um das Thema „Feminisierung der Medizin“ für eine Befragung zu konkretisieren, wurde, in Anlehnung an die Kopetsch-Analyse der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2009), von folgenden Fragestellungen ausgegangen:

A) „Feminisierung - Ursachen“

- Das derzeitige Auswahlverfahren für das Medizinstudium führt zu einem soziodemographischen Ungleichgewicht: Signifikant mehr weibliche als männliche Bewerber erhalten einen Studienplatz. Was können Ärzte, Medizinstudierende und Studienplatzbewerber hierzu an Einschätzungen und Erfahrungen mitteilen?

B) „Feminisierung – Relevanz“

- Wenn von einem solchen soziodemographischen Ungleichgewicht als derzeitige Entwicklung der Medizin ausgegangen werden kann, hat das Geschlecht für die Ausübung des Berufs aus Sicht von Bewerbern, Studierenden und Ärzten überhaupt eine Bedeutung?

C) „Feminisierung – Auswirkungen“

- Hat das Ungleichgewicht der Geschlechter schon jetzt Auswirkungen auf den Arbeitsalltag der Ärzteschaft? Welche Erfahrungen werden gemacht?
- Welche Auswirkungen hat dieser Trend auf die Arbeitswelt der Ärzteschaft in der Zukunft?

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Haltung der zukünftigen (Studienbewerber, Studierende) und jetzigen Ärzteschaft zum Thema „Feminisierung in der Medizin“ widerzuspiegeln. Die Fragestellung wurde hierbei bewusst weit gefasst, um ein möglichst umfassendes Meinungsbild erfassen zu können.

4. Material und Methoden

4.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Um der Frage nachzugehen, wie Bewerber, Studierende und Ärzte – also die jetzige und (potenziell) zukünftige Ärzteschaft – zur Feminisierung der Medizin stehen, wurde ein teilstandardisierter Fragebogen als Untersuchungsmethode gewählt. Die Fragebögen der drei Befragungsgruppen unterschieden sich in einigen Fragen und im Fragenformat, worauf weiter unten noch eingegangen wird. Die Datenerfassung mithilfe des Fragebogens wurde als Querschnittsstudie im Jahr 2014 an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) durchgeführt.

4.2 Teilnehmende Befragte

In folgendem zeitlichen Rahmen wurden die drei Teilnehmergruppen befragt:

Bewerbergruppe: Die Befragung fand am 19. und 20. August 2014 im Rahmen des Auswahlverfahrens der UMG für das Wintersemester 2014 statt. Die Fragen dieser Untersuchung wurden dem dort verwendeten Evaluationsbogen zur Akzeptanz und Bewertung des Verfahrens beigefügt, der im Anschluss an das Auswahlverfahren von den Bewerbern standardmäßig ausgefüllt wird.

Studierendengruppe: Eine E-Mail mit einem Hyperlink zu einem Onlinefragebogen wurde am 13. November 2014 an alle Semesteremailverteiler der UMG (Studiendekanat) verschickt. Als Anhang enthielt die E-Mail auch eine PDF-Datei des Fragebogens, der gegebenenfalls auch ausgedruckt und an das Institut für Allgemeinmedizin gefaxt oder per Postweg versandt werden konnte. Eine Erinnerungsemail sollte nach zwei Wochen folgen. Leider wurde dies auf der Verwaltungsebene der UMG nicht umgesetzt.

Ärztegruppe: Auch hier wurde am 13. November 2014 eine E-Mail mit enthaltenem Hyperlink und einer PDF-Datei des Fragebogens versandt. Diese ging zum einen an einen Emailverteiler für Professorinnen und Professoren der UMG und zum anderen an den sogenannten „Mittelbauverteiler“, der die übrigen Ärzte und Wissenschaftler der UMG erreicht. Nach etwa zwei Wochen, am 5. Dezember 2014, wurde eine Erinnerungsemail über beide Verteiler verschickt.

Im Folgenden soll das Vorgehen zur Erstellung und Durchführung der Befragung beschrieben werden.

4.3 Fragebogen

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden drei verschiedene Fragebögen für die jeweiligen Befragungsgruppen entwickelt. Diese unterschieden sich zum einen in der Fragenszusammensetzung, zum anderen in dem Rahmen, in der die Befragung stattfand (siehe 4.2), sowie in der persönlichen Anrede.

4.3.1 Vorgehen zur Erstellung des 1. Fragebogens (Bewerbergruppe)

Vor Beginn der Fragebogenerstellung wurde mit vier Personen in unterschiedlichen medizinischen Karrierestadien ein offenes Interview durchgeführt. Ziel dieser Interviews war es, ein möglichst vollständiges Bild davon zu bekommen, was „Feminisierung der Medizin“ aus unterschiedlichen persönlichen Blickwinkeln bedeuten kann, um mögliche wichtige Themengebiete für die anschließende Befragung aufzudecken.

Interviewt wurden eine Studieninteressierte im letzten Gymnasialjahr, ein Medizinstudent, eine Ärztin in Ausbildung und Mutter von zwei Kindern und ein Chefarzt für Psychiatrie. Im Interview wurde in Anlehnung an oben aufgeführte Fragestellungen folgender Art vorgegangen:

Zunächst wurden die wichtigsten Erkenntnisse der Kopetsch-Analyse (Bundesärztekammer 2009) in einfachen Graphiken vermittelt. Die interviewten Personen sollten ihre spontanen Gedanken zu dem Thema äußern (Fragestellung A und B, siehe 3.) Im Anschluss wurden der Medizinstudent und die Studieninteressierte zum Auswahlverfahren befragt (Fragestellung A). Die Ärztin in Ausbildung und der Chefarzt wurden zusätzlich aufgefordert, von möglichen aktuellen und zukünftigen Auswirkungen der Feminisierung in ihrem Arbeitsalltag zu berichten (Fragestellung B und C; Transkripte der Interviews befinden sich im Anhang, Anlage 4).

Die oben aufgeführten Fragestellungen wurden um Aspekte, die in den Interviews zur Sprache kamen, auf Relevanz geprüft und gegebenenfalls um weitere Fragen ergänzt und erweitert.

Folgende Items wurden so für die jeweiligen Fragestellungen herausgebildet:

A) „Feminisierung - Ursachen“

1. Wie hoch würden Sie die Abiturnote gewichten, wenn Sie das Auswahlverfahren für Medizinstudierende neugestalten könnten?
 - Gar keine Berücksichtigung der Abiturnote
 - Geringen Berücksichtigung (unter 20%)
 - Berücksichtigung zwischen 20% und 50%
 - Berücksichtigung zwischen 50% 75%
 - Die Abiturnote sollte alleiniges Kriterium für alle Zahnmedizinstudienplätze sein

2. Welche Kriterien würden Sie unabhängig von der Abiturnote bzw. statt der Abiturnote berücksichtigen wollen?
(Freitext)

3. Haben Sie bezüglich einer Chancengleichheit zwischen männlichen und weiblichen Bewerbern für einen Medizinstudienplatz selber Erfahrungen gemacht?
 Nein
 Wenn ja; bitte angeben: (Freitext)

4. Gab es im Freundes- oder Bekanntenkreis Erfahrungen dazu?
 Nein
 Wenn ja; bitte angeben: (Freitext)

B) „Feminisierung – Relevanz“

5. Für wie wichtig halten Sie es, dass unter praktizierenden Ärzten beide Geschlechter gleich stark vertreten sind?
 sehr wichtig
 wichtig
 teils-teils
 unwichtig
 sehr unwichtig

6. Spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin eine Rolle?
 ja
 nein
 Begründung: (Freitext)

Diese Items lagen nun im Rahmen der Befragung der ersten Teilnehmergruppe (Bewerber) vor.

4.3.2 Erstellung des 2. Fragebogens (Studierendengruppe)

Im Anschluss an diese Befragung konnten nun für Items 2. und 6. aus den häufig genannten Freitextantworten Kategorien gebildet werden, die als Vorlage für Antwortkategorien der entsprechenden Items der Studierenden- und Ärzte-Fragebögen dienen. Um mögliche abweichende Antwortgaben abzufangen, wurde die Möglichkeit beibehalten, diese als Freitext zu formulieren.

Folgende Kategorien wurden auf diese Weise für Item 2. generiert:

- keine
- TMS (Mediziner*test)
- außerschulisches Engagement (z.B. Musik/Sport/Gemeinde)
- abgeschlossene medizinische Ausbildung
- Freiwilligendienst / soziales Jahr
- medizinische / soziale Praktika
- Auswahlgespräch / Interview
- soziale / kommunikative Kompetenz (Bewerbungstest z.B. mit Schauspielpatienten)
- manuelle / praktische Fertigkeiten (Bewerbungstest beinhaltet z.B. Nähen, Verband)
- einzelne Abiturnoten (z.B. Naturwissenschaften)
- Auslandserfahrungen
- Wartezeit
- Wettbewerbe/Preise
- sonstige (bitte angeben):
.....

Für Item 6. sind auf diese Weise folgende Kategorien entstanden:

.....nein, gar nicht

.....ja, und zwar:

- im Fachbereich Gynäkologie / Geburtshilfe
- im Fachbereich Urologie
- bei der Besprechung persönlicher / intimer Fragenthemen
- bei der Besprechung psychosomatischer / psychosozialer Probleme
- sonstiges (bitte angeben):

Der Studierendenfragebogen wurde zusätzlich um folgende Fragen ergänzt:

7. Du bist ...

Angabe des Geschlechts als geschlossene, dichotome Frage.

8. In welchem medizinischen Fachbereich würdest Du gerne nach Studienabschluss arbeiten?

Antwortkategorien enthalten die geläufigsten medizinischen Fachbereiche. Abweichende Antwort kann als Freitext unter „sonstiges“ angegeben werden.

9. In welchem Fachsemester studierst Du?

Antwortkategorien umfassen medizinischen Studienabschnitt und Semester. Abweichende Antwort kann als Freitext unter „sonstiges“ angegeben werden.

10. Dein Geburtsjahr: ...

Antwort enthält Drop-down-Menü zur Eingabe des Geburtsjahres (online-Version), bzw. ein Textfeld zur Jahreszahleingabe (PDF-Datei).

Grund der Ergänzung dieser Fragen war zum einen die Erhebung soziodemographischer Daten, die bei der Bewerbergruppe im Rahmen der Auswahlverfahren-Evaluation schon

erfasst wurden. Zum anderen eröffnet das Item „Facharztwunsch“ in der anschließenden Analyse einen zusätzlichen Vergleichspunkt zur Ärztegruppe.

4.3.3 Erstellung des 3. Fragebogens (Ärztegruppe)

Folgende soziodemographische Fragen wurden beim Ärztefragebogen zusätzlich zu den Fragen der Bewerbergruppe hinzugefügt:

8. In welchem medizinischen Fachbereich sind Sie tätig?

Antwortkategorien enthalten die geläufigsten medizinischen Fachbereiche. Abweichende Antwort kann als Freitext unter „sonstiges“ angegeben werden.

11. Sie sind ...

Antwortkategorien enthalten die hierarchischen Arztbezeichnungen der Klinik.

B) „Feminisierung – Relevanz“

Die Fragestellung B wurde um folgendes Item erweitert, um zwischen der persönlichen Erfahrung (Arzt in der Patientenrolle) und einer professionellen Erfahrung unterscheiden zu können:

12. Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereichs für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?

Viergliedrige Antwortskala von sehr wichtig bis sehr unwichtig, Möglichkeit der Begründung im Freitext.

C) „Feminisierung – Auswirkungen“

Für Fragestellung C wurden Item 9. und 10. entwickelt:

9. Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich?

Dichotome Frage (ja/nein); Freitext zur Begründung bei „ja“.

10. Gibt es (weitere) Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich, die Sie für die Zukunft erwarten?

Dichotome Frage (ja/nein); Freitext zur Begründung bei „ja“.

4.3.4 Aufbau des PDF-Fragebogens (Studierende und Ärzte)

Titelseite

Für die Gestaltung des Deckblatts wurde auf eine ansprechende Darstellung geachtet, um das Interesse des Lesers zu wecken (Porst 2013). Hierfür wurde eine Fotocollage erstellt, die etwas überspitzt das Thema „Feminisierung der Medizin“ aufgreifen sollte.

Begrüßung und Einleitung

Das Ziel der Untersuchung wurde auf der nächsten Seite des Fragebogens erläutert. Bei dem Studierenden-Fragebogen wurde zudem der Anreiz zur Teilnahme mit der Verlosung eines Präsentkorbes gesteigert.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Hier wurden verschiedene, im Fragebogen vorkommende Fragetypen erläutert, sowie eine korrekte Beantwortung demonstriert. Der Einleitungsteil wurde mit einem Dank an den Teilnehmer abgeschlossen.

Fragenabfolge

Für die Abfolge der Fragen wurde eine Reihenfolge konzipiert, die das Interesse des Teilnehmers bis zum Ende des Fragebogens aufrechterhalten sollte. Als Einstiegsfrage wurde eine leicht zu beantwortende (Antwortkategorien), jedoch inhaltlich leicht herausfordernde Frage gewählt (siehe Fragebogen im Anhang, Anlage 1-3, Item 1.). Im Verlauf des Fragebogens wurde darauf geachtet, zeitaufwändige Fragetypen (offene Fragen) mit unaufwändigen Fragetypen (soziodemographische Fragen, geschlossene Fragetypen) abzuwechseln. Thematisch zusammengehörige Items wurden dabei, soweit es dieses System der Fragetypabfolge zuließ, gruppiert (Porst 2013).

Fragetypen

Die Fragetypen werden weiter unten in 4.3.5 näher erläutert.

4.3.5 Aufbau des Online-Fragebogens (Studierende und Ärzte)

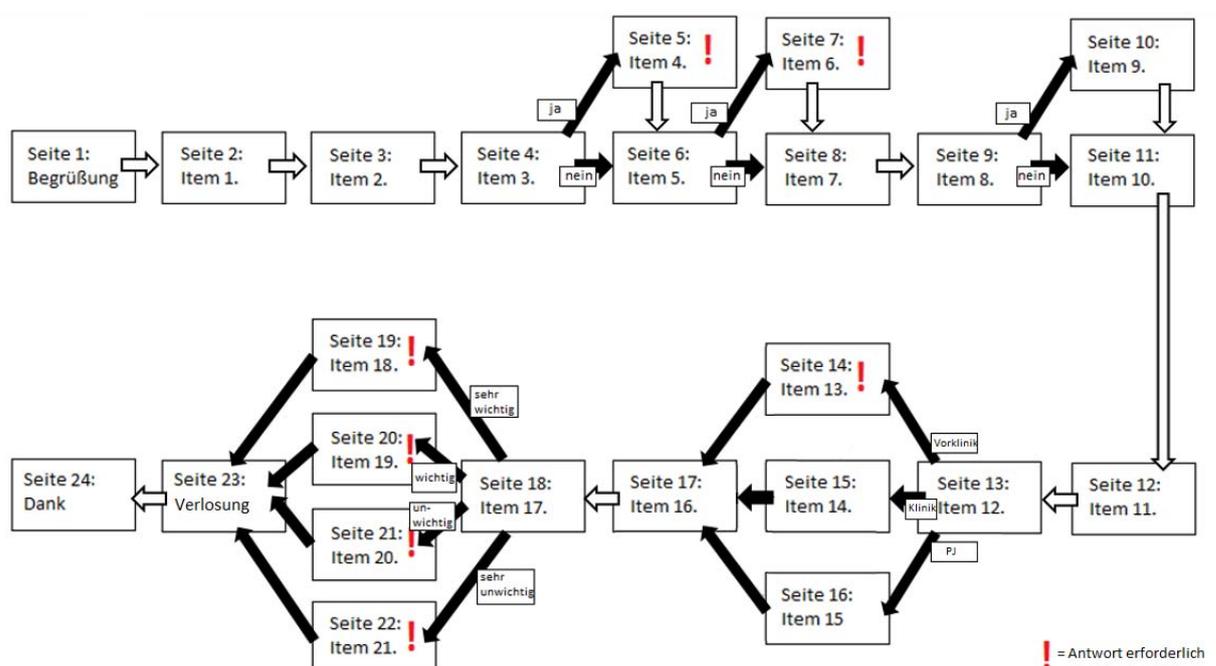
Der Online-Fragebogen wurde mithilfe des Onlinesurvey-Anbieters „surveymonkey“ erstellt. Auch hier beginnt der Fragebogen mit einer Begrüßung und Darstellung des Zieles der Befragung. Auf Hinweise zur korrekten Ausfüllung des Fragebogens wurde verzichtet, da das Surveyprogramm jeweils nur eine richtige Ausfüllweise zulässt. Anstelle eines Deckblattes wurde die Titelseite in die E-Mail mit dem darin enthaltenen Hyperlink zur Onlinebefragung und in der Online-Befragung integriert. Collage und Titel fand sich als Banner in der Email sowie auf jeder Fragenseite des Onlinefragebogens wieder (siehe 1. Graphik unter „Fragetypen“).

Die Items wurden einzeln auf Seiten platziert, um die Lenkung der Beantwortung einer Frage durch die Kenntnis der Folgefragen zu vermeiden. Im Anschluss an ein Item gelangte man mithilfe der „Weiter“-Taste auf die nächste Seite, ebenso konnte durch eine „Zurück“-Taste die vorhergegangene Frage bearbeitet werden.

Die Schemata der Abbildungen 1 und 2 zeigen Graphiken der Seiten- und Fragenabfolge der Online-Fragebögen.

Für offene Fragen wurde die Funktion „Pflichtfrage“ (rotes Ausrufezeichen in der Graphik) eingestellt. Dies bedeutet, dass bei Leerlassen des Freitextkastens eine Fehlermeldung erscheint. Die jeweiligen Fehlermeldungen finden sich unter den Graphiken aufgelistet. Erst bei Beantwortung der Frage konnte die nächste Seite geöffnet werden. Mithilfe dieser Funktion sollte die Rücklaufquote der zeitaufwändigeren Fragen gesteigert werden. (Die Seiten des Online-Fragebogens und die PDF-Fragebögen befinden sich im Anhang, Anlage 1-3.)

Abbildung 1: Schema des Online-Fragebogens für Studierende



Fehlermeldungen:

Seite 5, 7: „Für diese Frage bitten wir Dich, Deine Antwort zu formulieren.“

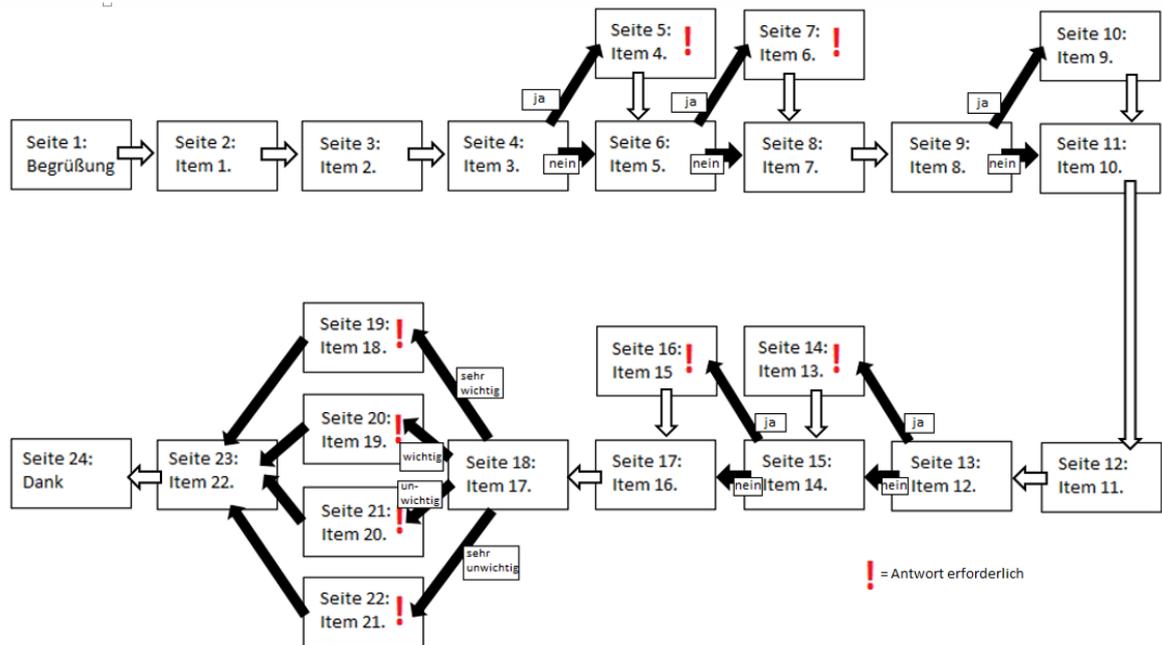
Seite 19: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Deiner Erfahrung nach eine sehr wichtige Rolle?“

Seite 20: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Deiner Erfahrung nach eine wichtige Rolle?“

Seite 21: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Deiner Erfahrung nach eine unwichtige Rolle?“

Seite 22: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Deiner Erfahrung nach eine sehr unwichtige Rolle?“

Abbildung 2: Schema des Online-Fragebogens für Ärzte



Fehlermeldungen:

Seite 5, 7: „Für diese Frage bitten wir Sie, Ihre Antwort zu formulieren.“

Seite 14, 16: „Bitte angeben!“

Seite 19: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereiches Ihrer Erfahrung nach eine sehr wichtige Rolle?“

Seite 20: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereiches Ihrer Erfahrung nach eine wichtige Rolle?“

Seite 21: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereiches Ihrer Erfahrung nach eine unwichtige Rolle?“

Seite 22: „Warum spielt das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereiches Ihrer Erfahrung nach eine sehr unwichtige Rolle?“

Fragetypen

Im Folgenden werden die verwendeten Fragetypen erläutert, hier anhand des Onlinefragebogens. Bei Fragen nach Erfahrungen oder Einschätzungen der Teilnehmer wurde auf offene Fragen zurückgegriffen, um das Meinungsbild der Stichprobe möglichst vollständig erfassen zu können. Soziodemographische Fragen und solche, die aus dem Bewerberfragebogen kategorisiert wurden, wurden als geschlossene Fragen formuliert. Freitextfelder wurden jedoch in nicht-soziodemographischen Fragen beibehalten, um ein abweichendes Antwortverhalten der Teilnehmer aufzufangen.

1. Geschlossene Frage mit Einfachauswahl (verschiedene Skalenniveaus)
 - *Beispiel: Item 1.*
2. Geschlossene Frage mit Mehrfachauswahl (Freitextfeld für abweichende Antworten)
 - *Beispiel: Item 2. des Studierenden- und Ärztefragebogens*
3. Geschlossene Fragen vom Ja/Nein-Typ

- *Beispiel: Item 3. des Studierenden- und Ärzfragebogens*
- 4. Offene Fragen mit Freitextfeld
 - *Beispiel: Teil-Item 4. des Studierenden- und Ärzfragebogens*
- 5. Demographische Fragen mit Dropdown-Menü
 - *Beispiel: Item 15. des Ärzfragebogens*

Nach Abschluss der Onlinebefragung konnten die gesammelten Daten als Excel-Datei exportiert und weiter aufgearbeitet werden.

4.3.6 Persönliche Anrede

Im Bewerber-Fragebogen wurde die persönliche Anrede an die restliche Evaluation angeglichen (Höflichkeitsform). Im Studierendenfragebogen wurde die unter Studierenden verbreitete kolloquiale Anredeform „Du“ verwendet. Für den Fragebogen der Ärzte wurde ebenfalls auf die Höflichkeitsform zurückgegriffen. Die Entscheidung zur persönlichen Anrede war auch hier darin begründet, den Fragebogen möglichst ansprechend für den Empfänger zu gestalten.

4.4 Durchführung der Untersuchung

Der zeitliche Rahmen zur Durchführung der Befragung ist in 4.2. dargelegt. Während die Befragung der Bewerber mit Abgabe der Evaluationsbögen im Anschluss an das Auswahlverfahren beendet wurde, wurde bei der Onlineversion die Befragung vier Wochen nach Versenden der zweiten Erinnerungsemail an die jeweiligen Verteiler geschlossen. Die Antworten auf die Fragen aus allen drei Umfragen wurden als Excel-Datei exportiert.

Am 13.11.2014 wurden auf Anfrage eines Umfrageteilnehmers in Item 8. des Studierendenfragebogens und 9. des Ärzfragebogens die aufgelisteten Fachbereiche um den Fachbereich „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ergänzt. Am 10.02.2015 wurde der Collector des Onlinefragebogens für Ärzte mit 220 Beantwortungen und der Onlinefragebogen für Studierende mit 590 Beantwortungen geschlossen.

Mittels Zufallsgenerator (<http://www.zufallsgenerator.net/>) wurde unter den 330 angegebenen Emailadressen die gewinnende Teilnehmernummer für die Präsentkorbverlosung ermittelt und der Gewinn nach Kontaktaufnahme zugesandt.

4.5 Datenanalyse

Für die Datenanalyse wurden je nach Fragetyp verschiedene Methoden verwendet:

Offene Fragen wurden qualitativ analysiert, kategorisiert und interpretiert. Zur quantitativen Veranschaulichung der Daten wurden die Kategorien codiert und statistisch weiterverarbeitet.

Vorbestehende Antwortkategorien wurden mit sinnvollen Codes versehen und anschließend einer statistischen Analyse unterzogen.

Für die statistische Analyse wurde das Programm IBM SPSS Statistics 22 verwendet. Graphen und Tabellen wurden mit Microsoft Excel 2013 erstellt.

4.5.1 Aufbereitung der Daten

Hierzu zählten die qualitative Analyse der offenen Fragen mit anschließender Kategorisierung zur Quantifizierbarkeit der Antworten und der Prozess der Codierung der offenen und geschlossenen Fragen zur Verwendbarkeit der Daten im oben genannten Statistikprogramm SPSS.

4.5.1.1 Qualitative Analyse der offenen Fragen

Die qualitative Inhaltsanalyse der offenen Fragen wurde nach dem Schema der „Basiswissengeleiteten offenen Kategorienfindung“ (BoK) nach Werner Früh (Früh 2001) durchgeführt. Die Durchführung der BoK wird anhand der Frage 9. „Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich? Wenn ja, welche?“ demonstriert.

1. Selektion/Reduktion, Segmentierung und Auswahl der Orientierungskategorien

Dieser Prozessabschnitt soll an folgenden zwei Antwortbeispielen (Originalzitate aus den Fragebogenantworten) dargestellt werden.

Beispiel A): *„Da es in der Pathologie keine Wochenend- und Nachtdienste gibt, steigt der Anteil junger Frauen. Leider scheinen viele der Ärztinnen die Pathologie eher aufgrund der Arbeitszeit als aus Leidenschaft zum Fach zu wählen. Die resultiert in geringer Motivation und Arbeitseifer und somit auch in einer minderen Arbeitsqualität. Denn die eigentlich wichtige Aufgabe des Pathologen wird nicht mehr wahrgenommen.“*

Segmentierungseinheit – Propositionen:

Es wird beobachtet:

- keine Wochenend- und Nachtdienste in meinem Fachbereich
- deshalb viele weibliche Ärzte in meinem Fachbereich
- geringe Leidenschaft

Es wird geschlussfolgert:

- deshalb geringer Arbeitseifer
- deshalb geringe Motivation
- deshalb geringe Arbeitsqualität

Beispiel B): „Mehr Schwangere, mehr (alleinerziehende) Mütter in Halbtagsstellen, mehr Fehlzeiten, mehr Arbeit für die anderen (Männer bzw. Kinderlose)!“

Segmentierungseinheit – Propositionen:

Es wird beobachtet:

- mehr Schwangere
- mehr Mütter
 - mehr Halbtagsstellen
 - mehr Fehlzeiten
 - mehr Arbeit für Männer/Kinderlose

2. Kategorienfindung

Im Folgenden wurden Kategorien für die jeweiligen Propositionen gefunden. Zusätzlich fand, gemäß der BoK, eine semantische Eigenschaftsanalyse mit gleichzeitiger Bündelung, Abstraktion und Labelung statt.

Einteilung nach Bezug:

Beispiel A):

- 1.Zusammensetzung des Teams: Zunahme - an weiblichen Ärzten - in meinem Fachbereich
- 2.Arbeitsmoral: Abnahme - Leidenschaft/Identifikation/Motivation/Arbeitsqualität

Beispiel B):

- 1.Zusammensetzung des Teams: Zunahme - Schwangere/Mütter
- 1b.Zusammensetzung des Teams: Zunahme – Teilzeitarbeit
- 2.Organisation der Stationsarbeit betreffend: Zunahme – Fehlzeiten
- 3.Das Arbeitsklima betreffend: Mehrarbeit – Männer/Kinderlose

Einteilung nach Bewertung:

Beispiel A):

Negativ: Abnahme an Leidenschaft/Identifikation/Arbeitsqualität

Beispiel B):

Negativ: Mehrarbeit für Männer/Kinderlose

3. Weitere Gruppierung

Die durch Arbeitsschritte 1. und 2. entstandenen Kategorien wurden übergeordneten Themengruppen zugeordnet. Für Frage 9 entstanden so folgende Gruppen und Kategorien:

1. Die eigentliche ärztliche Tätigkeit betreffend:
 - Arbeitsmoral:
 - a) weniger Bereitschaft zu Diensten
 - b) Familienvereinbarkeit mit Beruf größeres Thema als z.B. Karriere
 - c) weniger Leidenschaft für den Beruf / weniger Identifikation, Motivation
 - d) weniger Selbstständigkeit von den Kolleginnen (z.B. viele Rückfragen)
 - Berufsvielfalt:
 - e) der Beruf wird durch fehlende männliche Kollegen einseitig
 - f) weniger Bereitschaft/Motivation zu Spezialisierungen bzw. Facharzt Ausbildung

- g) weniger Kapazitäten für invasive Therapietechniken (oder Möglichkeit, z.B. wg. Schwangerschaft)
- h) weniger Kapazität für Forschung (z.B. wg. Teilzeit)

Arbeitsqualität:

- i) mehr Einfühlungsvermögen durch Ärztinnen

höhere Positionen:

- j) dennoch mehr Männer in führenden Positionen
- k) Aufstiegs/Weiterbildungschancen bei Frauen schwierig wg. Teilzeit

2. Das Arbeitsklima betreffend:

- a) Negatives Arbeitsklima auf der Station wegen der Zunahme an Ärztinnen (Grüppchenbildung, schlechte Behandlung von männlichen Kollegen, schlechte Behandlung des Pflegepersonals)
- b) Bevorzugung von Frauen bei Jobvergabe
- c) Bevorzugung von Männern bei Jobvergabe (wegen Männermangel werden Männer bevorzugt eingestellt)
- d) Männer (v.a.) und kinderlose Ärzte gleichen die Arbeitsausfälle aus (negative Stimmung wegen der Mehrarbeit)
- e) Negative Stimmung gegen Frauen/bzw. Schuldzuweisung

3. Zusammensetzung des Teams betreffend

- a) Mehr Teilzeitarbeitende/mehr Teilzeitarbeitsmodelle (/mehr Bedarf danach)
- b) Viele/mehr Ärztinnen, weniger männliche Ärzte

4. Organisation der Stationsarbeit betreffend

- a) Schwierige Diensterteilung wegen Teilzeitkräfte/Arbeitsausfälle, weniger Flexibilität
- b) Arbeitsausfälle wg. Schwangerschaft, Elternzeit, Mutterschutz
- c) Relativer Arbeitskräftemangel (Unterbesetzung) wg. Arbeitsausfällen aufgrund von Schwangerschaft/Elternzeit/Mutterschutz/Elternzeit

5. Patienten betreffend

- a) Wunsch nach männlichem Therapeuten/Arzt
- b) Kontinuierliche Versorgung der Patienten wg. Teilzeit schwierig/fehlende Überlappung/fehlende Teamarbeit

6. Nachwuchs betreffend

- a) Nachwuchsmangel, da Fachbereich als familienunfreundlich gilt (unbeliebt bei Frauen, für die Familienfreundlichkeit wichtiger ist)

7. Wunsch nach:

- a) Umstrukturierung der Arbeitszeitmodelle
- b) Anpassung der Arbeitszeiten/der Personaldecke an die neuen Erfordernisse durch Feminisierung

Im Anschluss erfolgte ein zweiter Durchgang mit einer Bewertung der Antworten. Hier sollten die Aussagen in „negativ“ und „positiv“ oder „neutral“ eingeordnet werden, je nachdem, ob eher pessimistisch, optimistisch, negativ oder positiv auf die Frage 9 geantwortet hatten.

Die Kategorien wurden so um 8. ergänzt:

8. Kommentar insgesamt:

- a) Negativ
- b) Positiv

Da eine Bewertung der Antworten in „positiv“ und „negativ“ oder „neutral“ Gefahr läuft, von der subjektiven Empfindung der bewertenden Person beeinflusst zu werden, wurde diese von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und im Anschluss verglichen. Die Eindeutigkeit der transportierten Emotionen der Antworten wurde durch die nahezu deckungsgleiche Bewertung dieser zwei Durchläufe bestätigt.

4.5.1.2 Codierung von geschlossenen und offenen Fragen

Mithilfe der Kategorien konnte im Anschluss eine Antwort-Matrix erstellt werden, in welcher für jede zutreffende Kategorie der jeweiligen Itemantwort eine 1 gesetzt wurde. Bei Nichtnennung der Kategorie in der Antwort wurde eine 0 an entsprechende Stelle in die Matrix eingefügt.

Diese Matrix konnte nun in SPSS für die quantitative/statistische Analyse weiterverwendet werden.

4.5.2 Nichtbeantwortete Items

Bei Nichtbeantwortung eines Items wurde diese Antwort für die statistische Analyse nicht mitgewertet. Wenn der Teilnehmer jedoch auf andere Fragen antwortete, wurden diese Fragen trotz Nichtbeantwortung vorheriger Fragen in die Wertung aufgenommen. Da vor allem zeitaufwändige Fragen nicht oder unzureichend beantwortet wurden, ist davon ausgegangen worden, dass mangelnde Zeit der Grund für das Auslassen der Frage war.

4.5.3 Nutzung von SPSS

Für die Erstellung der statistischen Analyse (siehe 5.) wurde das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22 verwendet.

4.6 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethik-Kommission

Die Untersuchung erfolgte anonym, die Daten der Bewerbergruppe wurden ohne Angabe von Namen oder dem Geburtsdatum erhoben und automatisch generierten Fallnummern zugeordnet. In der Online-Befragung erfolgte die Fallnummer-Generierung mithilfe der IP-Adresse des PCs, mit der die Befragung beantwortet wurde. Dies waren in einigen Fällen identische Adressen, weil in dem Fall derselbe Arbeitscomputer für die Beantwortung genutzt wurde.

Im Falle der Verlosung des Gewinnes war die Angabe der Email-Adresse freiwillig. Nach Verlosung wurden die restlichen Adressen eliminiert, lediglich der Gewinner wurde persönlich kontaktiert, um eine Zusendung zu ermöglichen.

Ein Ethikantrag wurde am 10.10.2014 unter der Aktennummer 12/10/14An von der Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Göttingen genehmigt.

5. Ergebnisse

5.1. Teilnahme

Die Befragung richtete sich an Medizin-Studienbewerber, Medizinstudierende und Ärzte/Wissenschaftler der UMG, die jeweils einen entsprechend modifizierten Fragebogen zugeteilt bekamen (siehe 4.3). Im Folgenden wird bei sich deckendem Frageninhalt die Anrede „Sie“ aus dem Fragebogen der Ärzte und Bewerber übernommen.

Tabelle 1: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe

Subgruppe		männlich	Weiblich	Gesamtanzahl
		N (%) ^{*a}	N (%)	N (%)
Bewerber		66 (36,5%)	115 (63,5%)	181 (100,0%)
Studierende	Vorklinik	402 (39,1%)	626 (60,9%)	1028 (100,0%)
	Klinik	499 (38,6%)	794 (61,4%)	1293 (100,0%)
	davon PJ ^{*b}	?	?	281
	Gesamt	901 (38,8%)	1420 (61,2%)	2321 (100,0%)
Ärztlicher Dienst	Arzt i.W. ^{*c}	262 (52,4%)	238 (47,6%)	500 (100,0%)
	Arzt o.W. ^{*d}	2 (13,3%)	13 (86,7%)	15 (100,0%)
	Facharzt	61 (51,3%)	58 (48,7%)	119 (100,0%)
	Oberarzt ^{*e}	155 (73,8%)	55 (26,2%)	210 (100,0%)
	Chefarzt ^{*f}	44 (91,7%)	4 (8,3%)	48 (100,0%)
	Zahnarzt	16 (48,5%)	17 (51,5%)	33 (100,0%)
	Fachzahnarzt	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100,0%)
	Professoren ^{*g}	14 (100,0%)	0 (0,0%)	14 (100,0%)
	<i>Zwischensumme</i>	<i>555 (58,9%)</i>	<i>387 (41,1%)</i>	<i>942 (100,0%)</i>
Wissenschaft und Forschung	Abteilungsleiter	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17 (100,0%)
	AG-Leiter ^{*h}	4 (57,1%)	3 (43,9%)	7 (100,0%)
	Wissenschaftler	159 (48,8%)	167 (51,2%)	326 (100,0%)
	Professoren ^{*i}	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100,0%)
	Gesamt	745 (56,8%)	566 (43,2%)	1311 (100,0%)

^{*a} N = 100,0% bezieht sich Gesamtzahl der jeweiligen Subgruppe der Gesamtstichprobe.

^{*b} Praktisches Jahr

^{*c} Arzt in Weiterbildung

^{*d} Arzt ohne Weiterbildung

^{*e} davon 1 leitende Ärztin

^{*f} Chefarzt bezieht sich hier auf Abteilungsleiter und kommissarische Abteilungsleiter

^{*g} Schwerpunktprofessor/in

^{*h} Arbeitsgruppenleiter

^{*i} Junior-, Senior- und Schwerpunktprofessoren

Aus der Bewerbergruppe nahmen sämtliche 181 Bewerber an der Evaluation teil, in welcher u.a. die Fragen dieser Studie enthalten waren. Einzelne Fragen wurden von einigen Bewerbern nicht ausgefüllt. Diese werden in der statistischen Analyse der jeweiligen Frage als „n.a.“ (nicht angegeben) angezeigt. Ebenso wurde mit fehlenden Antworten der anderen Befragungsgruppen verfahren.

Von 2321 zum Zeitpunkt der Befragung immatrikulierten Medizinstudierenden nahmen 590 an der Befragung teil. Das entspricht einem Anteil von 25%. Von der Gesamtzahl der Medizinstudierenden befanden sich zu dem Zeitpunkt 1028 im vorklinischen Studienabschnitt (Vorklinik, Fachsemester 1.-4.), 794 im klinischen Studienabschnitt (Klinik, Fachsemester 5.-10.) und 281 im Praktischen Jahr, wovon 150 im 1. Tertial und 131 im 2. Tertial waren.

Von den 1311 an der UMG tätigen Ärzten bzw. Wissenschaftlern beteiligten sich 225 an der Befragung. Gemessen an der Gesamtstichprobe waren dies 16% der Ärzte in Weiterbildung, 31% der Fachärzte, 24% der Oberärzte und 31% der Chefärzte. Zusätzlich wurden in dieser Umfrage auch Mitarbeiter der medizinischen Forschung angeschrieben, die zum Teil in der Gruppe „nicht angegeben“ in Tabelle 1 wiederzufinden sind.

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe

Befragungsgruppe		Männlich	weiblich	n.a.	Gesamtanzahl
		N (%) ^{*a}	N (%)	N	N (%)
Bewerber		66 (36,5%)	115 (63,5%)	0	181 (100,0%)
Studierende	Vorklinik	71 (30,7%)	160 (69,3%)		231 (100,0%)
	Klinik	92 (35,2%)	169 (64,8%)		261 (100,0%)
	PJ ^{*b}	23 (31,1%)	51 (68,9%)		74 (100,0%)
	n.a. ^{*c}				24
	Gesamt	187 (32,9%)	381 (67,1%)	22	590 (100,0%)
Ärzte	Arzt i.W. ^{*d}	36 (44,4%)	45 (55,6%)		81 (100,0%)
	Facharzt	14 (37,8%)	23 (62,2%)		37 (100,0%)
	Oberarzt	34 (68,0%)	16 (32,0%)		50 (100,0%)
	Chefarzt	12 (80,0%)	3 (20,0%)		15 (100,0%)
	n.a.				42
Gesamt		112 (52,1%)	103 (47,9%)	10	225 (100,0%)

^{*a} N = 100,0% bezieht sich auf die Anzahl der Befragungsteilnehmer, die diese Frage beantworteten.

^{*b} Praktisches Jahr

^{*c} nicht angegeben - diese Frage wurde nicht beantwortet

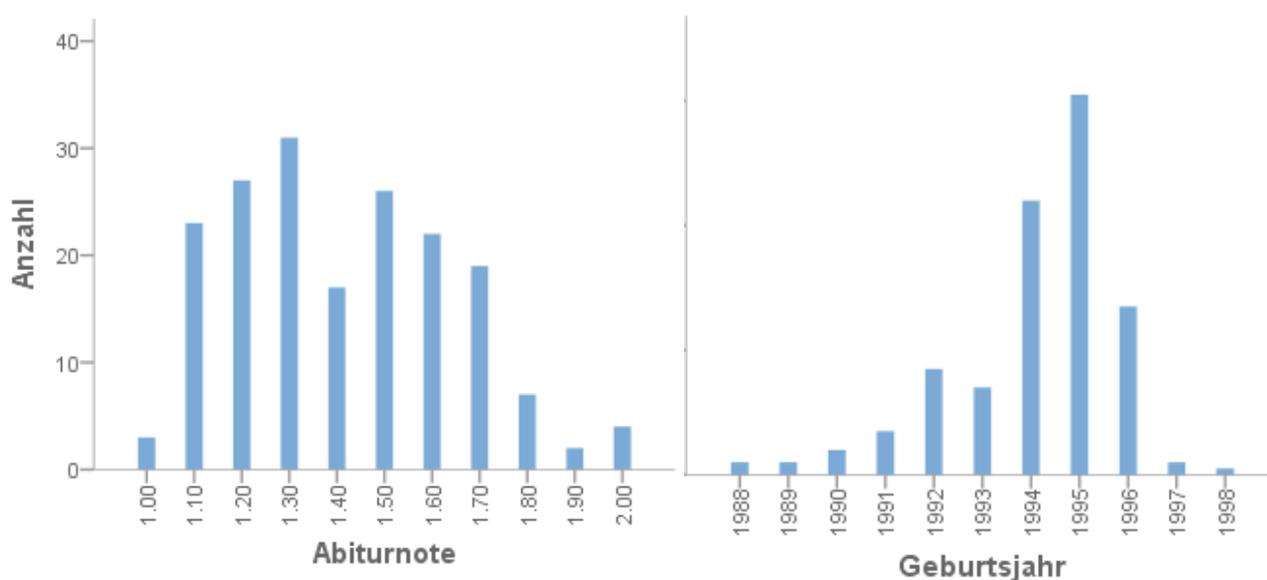
^{*d} Arzt in Weiterbildung

Soziodemographische Daten wurden bei den Studienplatz-Bewerbern für das Wintersemester 2014 im Rahmen der Evaluation abgefragt, Studierende und Ärzte konnten diese im jeweiligen Fragebogen angeben (siehe 4.3.2 und 4.3.3). Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über den soziodemographischen Hintergrund sowie über die Zusammensetzung der Stichprobe.

5.2.1 Bewerber

Beinahe zwei Drittel der eingeladenen Bewerber waren weiblich und im Durchschnitt zum Zeitpunkt des Auswahlverfahrens 20 Jahre alt. Im Mittel lag die Abiturnote bei 1,4. Die Verteilung der Abiturnoten der Bewerber sowie der Geburtsjahre ist in der Abbildung 3 abgebildet.

Abbildung 3: Abiturnoten- und Geburtsjahrverteilung der Bewerber



5.2.2 Studierende

Von den Befragungsteilnehmern der Studierendengruppe waren 41% im vorklinischen, 46% im klinischen Studienabschnitt und 13% im Praktischen Jahr. Dies entspricht auch ca. dem Verhältnis der Gesamtstichprobe der Studierenden, von denen sich 44% in der Vorklinik, 44% in der Klinik und 12% im Praktischen Jahr befanden. Geschlechterzusammensetzung von Vorklinik, Klinik und PJ ist in etwa repräsentativ für die Gesamtzusammensetzung der jeweiligen Studienabschnitte, wobei tendenziell mehr Studentinnen als Studenten der Gesamtstichprobe an der Befragung teilnahmen.

Aus der PJ-Gruppe nahmen überwiegend Studierende aus dem 1. und 2. Tertial teil (81%) und nur 19% aus dem dritten Tertial. Zu Fachsemestern und PJ-Tertialen siehe Anhang, Tabellen 35-37.

5.2.3 Ärzte

Von den an der Befragung teilnehmenden Ärzten waren der überwiegende Teil „Arzt in Weiterbildung“, etwa ein Fünftel Facharzt, ein Viertel Oberarzt und weniger als 10% Chefarzt. Diese Verteilung entspricht nicht der normalen Verteilung der Positionen im Göttinger Klinikum: Hier haben verhältnismäßig mehr Ober- und Chefarzte teilgenommen als Ärzte in Weiterbildung.

Bezogen auf das Geschlecht waren die Verhältnisse bei den Ärzten in Weiterbildung und den Fachärzten nicht repräsentativ für die ärztliche Belegschaft der UMG (siehe Tabellen 1 und 2): Hier haben verhältnismäßig mehr Frauen als Männer an der Befragung teilgenommen, sodass in unserer Befragung mehrheitlich Frauen in diesen Arbeitsbereichen vertreten waren, während in der Gesamtstichprobe etwas mehr Männer als Frauen gab. Bei den Ober- und Chefarzten haben auch vergleichsweise mehr Frauen als Männer der Gesamtstichprobe an der Befragung teilgenommen, hier sind die grundsätzlichen Geschlechterverhältnisse mit prozentual deutlich mehr Männern in den Leitungspositionen jedoch ähnlich geblieben.

Etwa 20% Befragten waren nicht klinisch tätig sind (wissenschaftlicher Mitarbeiter, Toxikologie, klinische Chemie; siehe Anhang, Tabelle 29). Diese entstammen dem Verteiler für die in der Wissenschaft und Forschung Tätigen.

Im Folgenden werden die relevanten Ergebnisse der Fragebögen aufgeführt. Weitere Ergebnisse sowie die jeweiligen Fragebögen für die Teilnehmergruppen finden sich im Anhang. Für die Gliederung der Ergebnisse werden die einzelnen Fragen der Fragebögen inhaltlich sortiert und hiernach „Fragen“ genannt. „Item“ bezieht sich in den nachfolgenden Abschnitten auf die entsprechende Position der Frage im ursprünglichen Fragebogen mit zum Teil abweichender Nummerierung (Bsp.: Item 13. entspricht Frage 8).

5.3 Frage 1: Gewichtung der Abiturnote

„Laut Gesetzeslage ist die Abiturnote bei der Auswahl der Medizinbewerber das Kriterium mit der höchsten Gewichtung, also mehr als 50%. Wie hoch würden Sie/Du die Abiturnote gewichten, wenn Sie/Du das Auswahlverfahren für Medizinstudierende neu gestalten könnten?“

(Item 1. in allen drei Fragebögen)

Eine Übersicht über das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmer zu dieser Frage zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Gewichtung der Abiturnote

Variable	Bewerber	Studierende	Ärzte
	N (%) *	N (%)	N (%)
Gar keine Berücksichtigung der Abiturnote	8 (4,4%)	33 (5,6%)	7 (3,1%)
Geringe Berücksichtigung (unter 20%)	17 (9,4%)	138 (23,4%)	30 (13,4%)
Berücksichtigung zwischen 20% und 50%	83 (46,1)	280 (47,5%)	104 (46,4%)
Berücksichtigung zwischen 50% und 75%	72 (40,0%)	135 (22,9%)	76 (33,9%)
Abiturnote sollte alleiniges Kriterium für alle Medizinstudienplätze sein	0 (0,0%)	4 (0,7%)	7 (3,1%)
Gesamtsumme (gültig)	180 (100,0%)	590 (100,0%)	224 (100,0%)
<i>Fehlend</i>	1	0	1

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Befragungsteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben.

Ärzte und Bewerber würden die Abiturnote höher gewichten als Studierende. Auch wenn der Median in allen drei Befragungsgruppen den gleichen Wert erzielt („Berücksichtigung zwischen 20% und 50%“), ist die am zweithäufigsten angekreuzte Kategorie bei Studierenden „geringe Berücksichtigung (unter 20%)“ während Ärzte und Bewerber der Abiturnote mehr Bedeutung beimessen und am zweithäufigsten „Berücksichtigung zwischen 50% und 75%“ wählten. Die Verteilung von Bewerbern und Ärzten ist mehr in Richtung höhere Gewichtung verschoben, die der Studierenden eher normalverteilt.

5.3.1 Zusammenhang Gewichtung der Abiturnote und Geschlecht

Es wird untersucht, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung der Abiturnote (Frage 1) und dem Geschlecht der Antwortenden gibt.

Unter der Annahme, dass weibliche Bewerber der Abiturnote eine stärkere Gewichtung beimessen als Männer (d.h. wenn die Hypothese gerichtet ist), wird der Unterschied signifikant. Diesen signifikanten Unterschied in der Gewichtung der Abiturnote bezogen auf das Geschlecht findet sich nur bei der Bewerbergruppe (Mann-Whitney-U-Test, Tabelle 4 und 5).

Tabelle 4: Ränge – Zusammenhang Frage 1 und Geschlecht, Bewerber

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Frage 1.	Männlich	66	81,43	5374,5
	Weiblich	114	95,75	10915,5

Tabelle 5: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 1 und Geschlecht

	Frage 1.
Mann-Whitney-U-Test	3163,5
Wilcoxon-W	5374,5
U	-1,942
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,052

5.3.2 Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber

Mithilfe der Berechnung von Kendalls Tau kann gezeigt werden, dass es einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Abiturnote der Bewerber und einer gewünschten starken 5.3 gibt. Der mittelstarke Korrelationskoeffizient (-0,319) zeigt: Je besser die Abiturnote des Bewerbers ist, desto höher wünscht er die prozentuale Abiturnoten-Berücksichtigung.

Die Scheffé-Prozedur als Post-hoc-Test der einfaktoriellen Varianzanalyse zeigt eine mehrgipflige Verteilung mit einem deutlich abgesetzten dritten Gipfel bei Abiturnoten im Bereich 1,1-1,2 im Zusammenhang mit einer sehr starken Berücksichtigung der Abiturnote (Mittelwerte liegen bei 3,65 und 3,67, was einer Berücksichtigung von im Mittel stärker als 50-75% entspricht). Siehe auch hierzu Tabellen 38-40 im Anhang.

5.4 Frage 2: Kriterien für die Auswahl von Medizinbewerbern

„Welche Kriterien würden Sie unabhängig von der Abiturnote bzw. statt der Abiturnote berücksichtigen wollen? (mehrere Antworten möglich)“

(Item 2. in allen drei Fragebögen)

Diese Frage ist im Bewerberfragebogen als offene Frage konzipiert, bei den anderen zwei Teilnehmergruppen als Mehrfachantworten-Frage (siehe 4.3).

Eine Übersicht über die Antwortstatistik dieser Frage findet sich in Tabelle 6. Zu beachten ist, dass bei den Bewerbern eine qualitative Analyse der offenen Frage mit anschließender Auszählung stattgefunden hat, während bei Studierenden und Ärzten die Antwortmöglichkeiten schon vorgegeben waren.

Bewerber nannten das Auswahlgespräch/Interview als häufigstes gewünschtes Kriterium, rangfolgend soziale und kommunikative Kompetenzen, Praktika, TMS, eine abgeschlossene medizinnahere Ausbildung und außerschulisches Engagement.

Tabelle 6: Auswahlkriterien unabhängig von bzw. statt der Abiturnote

Auswahlkriterien	Bewerber			Studierende			Ärzte		
	N	in % ^{*a}	% d.F. ^{*b}	N	in %	% d.F.	N	in %	% d.F.
Keine	16	3,6%	9,0%	2	0,1%	0,3%	10	1,0%	4,6%
TMS (Mediziner-test)	56	12,5%	31,5%	245	7,3%	42,2%	93	8,9%	42,9%
außerschulisches Engagement	38	8,5%	21,3%	179	5,3%	30,9%	58	5,6%	26,7%
abgeschlossene medizinnahе Ausbildung	49	10,9%	27,5%	500	14,8%	86,2%	137	13,2%	63,1%
Freiwilligendienst/ soziales Jahr	24	5,4%	13,5%	318	9,4%	54,8%	89	8,5%	41,0%
medizinnahе/soziale Praktika	57	12,7%	32,0%	429	12,7%	74,0%	127	12,2%	58,5%
Auswahlgespräch/Interview	86	19,2%	48,3%	464	13,8%	80,0%	153	14,7%	70,5%
soziale/kommunikative Kompetenz	59	13,2%	33,1%	379	11,2%	65,3%	114	11,0%	52,5%
manuelle/praktische Fertigkeiten	11	2,5%	6,2%	126	3,7%	21,7%	51	4,9%	23,5%
einzelne Abiturnoten	22	4,9%	12,4%	223	6,6%	38,4%	74	7,1%	34,1%
Auslandserfahrungen	1	0,2%	0,6%	93	2,8%	16,0%	22	2,1%	10,1%
Wartezeit	8	1,8%	4,5%	351	10,4%	60,5%	82	7,9%	37,8%
Wettbewerbe/Preise	3	0,7%	1,7%	63	1,9%	10,9%	31	3,0%	14,3%
Tests ^{*c}	14	3,1%	7,9%						
Auswahlverfahren ^{*c}	4	0,9%	2,2%						
Gesamtsumme	448	100,0%	251,7%	3372	100,0%	581,4%	1041	100,0%	479,7%

^{*a} alle Mehrfachantworten der Befragten ergeben 100,0%.

^{*b} % der Fälle gibt an, welcher Prozentteil der Teilnehmer diese Variable als Mehrfachantwort angekreuzt hat.

^{*c} es wurden in der hier noch offenen Frage vielfach nur unspezifische „Tests“ oder „Auswahlverfahren“ genannt. Kriterien wie beispielsweise „logisches Denken“ oder „Konzentrationsfähigkeit“, die im TMS getestet werden, wurden unter „TMS“ subsummiert.

Studierende nannten die abgeschlossene medizinnahе Ausbildung am häufigsten (86%). Ebenfalls sehr häufig wurden ein Auswahlgespräch, Praktika, soziale/kommunikative Kompetenzen, Wartezeit und der Freiwilligendienst genannt. Die anderen Kriterien wurden von weniger als 50% der Studierenden gewählt.

Ärzte nannten das Auswahlgespräch am häufigsten und anschließend die abgeschlossene medizinnahе Ausbildung. Rangfolgend wurden Praktika und soziale/kommunikative Kompetenzen genannt.

Für Ärzte und Studierende scheinen medizinrelevante Leistungen im Lebenslauf (abgeschlossene Ausbildung, Praktika) sowie soziale eine wichtige Rolle zu spielen. Bewerber hingegen scheinen eher Kriterien wichtig zu finden, die implizieren, dass ihre Leistung von anderen beurteilt wird (Interviews, Auswahlgespräche, TMS). Fügt man die Kategorie „TMS“ und „Tests“ zusammen, liegt der TMS/Tests sogar auf Platz 2 des am häufigsten genannten Kriterium.

Das Auswahlgespräch ist in allen drei Gruppen ein sehr häufig genanntes Kriterium. Praktika und soziale/kommunikative Kompetenzen finden sich ebenfalls in allen drei Gruppen in den obersten Rangplätzen. Die abgeschlossene medizinnahe Ausbildung erreicht herausragend hohe Werte bei den Ärzten und Studierenden.

5.4.1 Geschlecht und Kriterien

Die Kreuztabelle (Tabelle 7) zeigt den Zusammenhang zwischen der in Frage 2 gewählten Kriterien und dem Geschlecht der Teilnehmer.

Tabelle 7: Kreuztabelle – Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht

Befragungsgruppe	Kriterium	ja*		nein**	
		Männlich	weiblich	männlich	weiblich
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Bewerber	Auswahlgespräch	24 (36,4%)	62 (53,9%)	42 (63,6%)	53 (46,1%)
	Ausbildung	153 (81,8%)	336 (88,2%)	34 (18,2%)	45 (11,8%)
	Praktika	117 (62,6%)	302 (79,3%)	70 (37,4%)	79 (20,7%)
Studierende	soziale Kompetenz	105 (56,1%)	270 (70,9%)	82 (43,9%)	111 (29,1%)
	TMS (Medizinertest)	86 (46,0%)	155 (40,7%)	101 (54,0%)	226 (59,3%)
	einzelne Abiturnoten	86 (46,0%)	133 (34,9%)	101 (54,0%)	248 (65,1%)
	manuelle Fertigkeiten	47 (25,1%)	77 (20,2%)	140 (74,9%)	304 (79,8%)
Ärzte	Auswahlgespräch	24 (36,4%)	62 (53,9%)	42 (63,6%)	53 (46,1%)
	soziale Kompetenz	55 (49,1%)	58 (56,3%)	57 (50,9%)	45 (43,7%)
	TMS (Medizinertest)	53 (47,3%)	39 (37,9%)	59 (52,7%)	64 (62,1%)

* Kriterium wurde in der Frage ausgewählt

** Kriterium wurde in der Frage nicht ausgewählt

In der Tabelle werden für die Kriterien jeweils Abkürzungen verwendet. Siehe Fragebogen im Anhang für die vollständige Kriterienbeschriftung.

Weibliche Bewerber haben Auswahlgespräche signifikant häufiger genannt als männliche Bewerber (Chi-Quadrat-Tests hierzu siehe Anhang, Tabelle 30-32). Andere signifikante Unterschiede von häufig genannten Kriterien lassen sich nicht feststellen.

Einseitig getestet finden signifikant mehr weibliche als männliche Studenten eine abgeschlossene Ausbildung wichtig. Studenten haben einzelne Abiturnoten signifikant häufiger gewählt als Studentinnen. Hingegen wurden soziale/kommunikative Kompetenz und medizinische Praktika signifikant häufiger von Studentinnen gewählt als von Studenten. Den TMS-Mediziner-Test haben relativ mehr männliche als weibliche Befragte als Kriterium ausgewählt, jedoch ohne statistische Signifikanz.

Bei den Ärzten lassen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Kriterien und Geschlecht feststellen. Praktische/manuelle Fähigkeiten und TMS wurden jedoch von mehr männlichen Ärzten, soziale Kompetenzen dafür von mehr weiblichen Ärzten genannt.

5.5 Frage 3: Direkte Erfahrungen zu Chancengleichheit

„Haben Sie bezüglich einer Chancengleichheit zwischen männlichen und weiblichen Bewerbern für einen Medizinstudienplatz selber Erfahrungen gemacht?“

(Item 3. in allen drei Fragebögen)

Tabelle 8: Erfahrungen zur Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Auswahlverfahren

Befragungsgruppe	Ja	Nein	<i>n.a.</i>	Gesamtanzahl*
	N (%)	N (%)		N (%)
Bewerber	16 (9,3%)	156 (90,7%)	9	172 (100,0%)
Studierende	39 (6,7%)	539 (93,3%)	12	578 (100,0%)
Ärzte	20 (9,1%)	199 (90,9%)	6	219 (100,0%)

* der Befragten, die an dieser Frage teilnahmen

Diese Frage mit „ja“ angekreuzt haben (nach Abzug der Antworten, die weder ja noch nein angekreuzt haben) 9% der Bewerber, 7% der Studenten und 9% der Ärzte (Tabelle 8).

Die anschließende offene Frage („*4. wenn ja, geben Sie diese bitte an.“) wurde kategorisiert und ausgezählt (siehe Anhang, exemplarisch Tabelle 34): Jeweils circa ein Drittel der Antworten berichteten eine unfaire Behandlung der Männer im Auswahlverfahren, und circa 10% der Studierenden und Ärzte eine unfaire Behandlung von Frauen. Etwa 15% der Ärzte, die auf die Frage mit „ja“ geantwortet haben, empfinden die Vergabe der Studienplätze durch die ZVS als chancenungleich.

Mehr als die Hälfte der Bewerber und der Studierenden und etwa ein Drittel der Ärzte nutzten die Frage jedoch, um von einem fairen Auswahlprozess mit gegebener Chancengleichheit zu berichten.

5.6 Frage 4: Indirekte Erfahrungen zu Chancengleichheit

„Gab es im Freundes- oder Bekanntenkreis Erfahrungen dazu?“

(Item 4. in allen drei Fragebögen)

Tabelle 9: Erfahrungen im Freundeskreis zu Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Auswahlverfahren

Befragungsgruppe	Ja	nein	n.a.	Gesamtanzahl*
	N (%)	N (%)		N (%)
Bewerber	12 (6,9%)	161 (93,1%)	8	173 (100,0%)
Studierende	31 (5,4%)	544 (94,6%)	15	575 (100,0%)
Ärzte	19 (8,8%)	198 (91,2%)	8	217 (100,0%)

* der Befragten, die an dieser Frage teilnahmen

Erfahrungen zum Thema Chancengleichheit im Freundeskreis („Ja-Antworten“) haben von den Bewerbern 7% gemacht, sowie 5% der Studierenden und 9% der Ärzte (Tabelle 9). Die jeweiligen berichteten Benachteiligungen im Auswahlprozess, die in der anschließenden offenen Frage („*5. ...wenn ja, geben Sie diese bitte an“) angegeben werden konnten, betreffen hierbei in gleichem Maße Frauen wie Männer.

Circa ein Viertel aller „Ja-Antworten“ der Ärzte und Bewerber und etwa ein Fünftel der Studierenden berichteten in den freien Antworten von einem fairen Auswahlprozess. Über ein Drittel der Bewerber, die diese Frage mit „ja“ beantwortet hatten, sahen Frauen durch die Gewichtung der Abiturnote im Vorteil. Dieselbe Anzahl sahen Männer bevorzugt. In den Antworten wurde gemutmaßt, dass Männer wegen des vorhandenen Frauenüberschusses Vorteile im Auswahlgespräch hätten.

Von den Studierenden sahen knapp 40% der „Ja“-Antwortenden Frauen im deutschen Bildungssystem und somit bei der Vergabe der Medizinstudienplätze aufgrund des N.C. bevorzugt. Etwa dieselbe Anzahl sah männliche Bewerber in Auswahlgesprächen bevorzugt und berichtet z.B. von skeptischen Äußerungen der Aufnahmegesprächsführer zu steigenden Teilzeitanstellungen von weiblichen Ärzten.

In der Ärztegruppe fanden sich unter den „Ja“-Antwortenden etwa gleich viele Äußerungen zu Benachteiligungen von Frauen wie von Männern.

5.7 Frage 5: Wichtigkeit der Geschlechterverteilung in der Ärzteschaft

„Für wie wichtig halten Sie es, dass unter praktizierenden Ärzten beide Geschlechter gleich stark vertreten sind?“

(Item 5. in allen drei Fragebögen)

In allen drei Befragungsgruppen bestand eine starke Tendenz, Frage 5 als „wichtig“ zu beurteilen, bei den Bewerbern sogar als „sehr wichtig“ (siehe Tabelle 10 und Abbildung 4).

Tabelle 10: Wichtigkeit der gleich starken Geschlechterverteilung

Befragungsgruppe	Antwort	männlich	weiblich	Gesamt
		N (%) ^{*a}	N (%) ^{*a}	N (%)
Bewerber	sehr wichtig	23 (35,9%)	56 (50,0%)	79 (44,9%)
	wichtig	22 (34,4%)	34 (30,4%)	56 (31,8%)
	teils/teils	9 (14,1%)	15 (13,4%)	24 (13,6%)
	unwichtig	6 (9,4%)	5 (4,5%)	11 (6,3%)
	sehr unwichtig	4 (6,3%)	2 (1,8%)	6 (3,4%)
	<i>n.a.</i>			5
	Gesamt		64 (100,0%)	112 (100,0%)
Studierende	sehr wichtig	42 (22,5%)	103 (27,0%)	146 ^{*b} (25,6%)
	wichtig	74 (39,6%)	167 (43,8%)	243 ^{*c} (42,6%)
	teils/teils	38 (20,3%)	76 (19,9%)	114 (20,0%)
	unwichtig	24 (12,8%)	26 (6,8%)	50 (8,8%)
	sehr unwichtig	9 (4,8%)	9 (2,4%)	18 (3,2%)
	<i>n.a.</i>			19
	Gesamt		187 (100,0%)	381 (100,0%)
Ärzte	sehr wichtig	27 (24,1%)	25 (24,3%)	53 ^{*a} (24,5%)
	wichtig	42 (37,5%)	36 (35,0%)	78 (36,1%)
	teils/teils	24 (21,4%)	22 (21,4%)	46 (21,3%)
	unwichtig	15 (13,4%)	18 (17,5%)	33 (15,3%)
	sehr unwichtig	4 (3,6%)	2 (1,9%)	6 (2,8%)
	<i>n.a.</i>			9
	Gesamt		112 (100,0%)	103 (100,0%)

^{*a} Die Prozentangabe bezieht sich auf den jeweiligen Anteil an weiblichen bzw. männlichen Teilnehmern.

^{*b} Eine Nennung "sehr wichtig" ohne Geschlechtsangabe.

^{*c} Zwei Nennungen "wichtig" ohne Geschlechtsangabe.

77% der Bewerber fanden eine gleich starke Vertretung der Geschlechter unter den Ärzten wichtig oder sehr wichtig, bei den Studierenden sind dies 68% und 61% bei den Ärzten.

Unwichtig oder sehr unwichtig hingegen fanden eine gleich starke Geschlechterverteilung nur 10% der Bewerber, 12% der Studierenden und 18% der Ärzte.

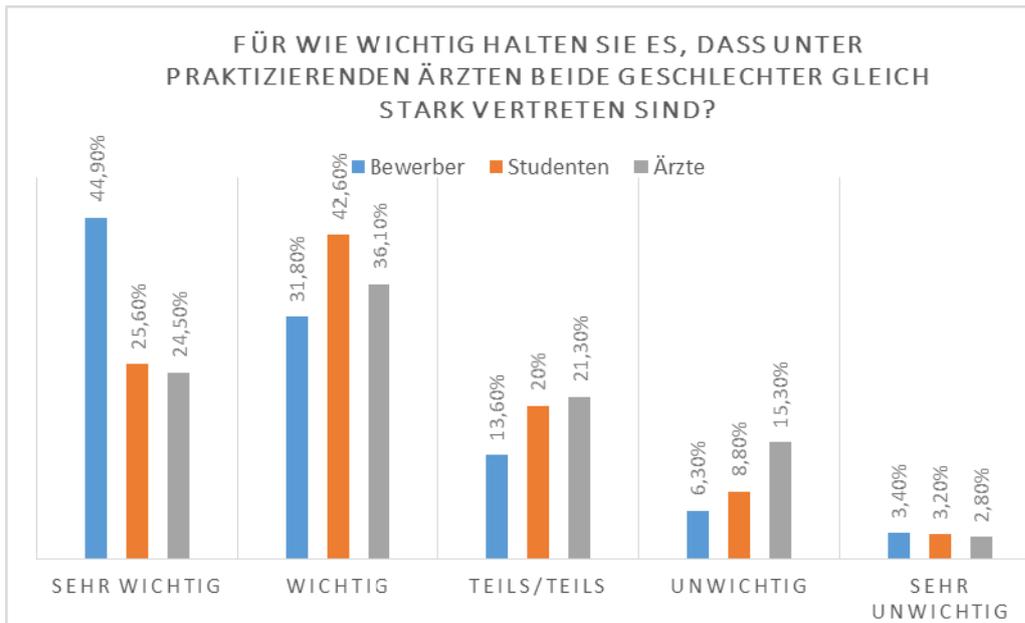


Abbildung 4: Wichtigkeit einer ausbalancierten Geschlechtsverteilung innerhalb der Ärzteschaft

5.7.1 Zusammenhang Geschlecht und Frage 5

Die drei Mann-Whitney-U-Tests (Tabelle 11 und 12) zeigen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, sowohl in der Studierenden- als auch in der Bewerbergruppe. Weibliche Bewerber und Studentinnen fanden es wichtiger, dass beide Geschlechter gleich stark vertreten sind.

In der Ärztegruppe war dieser Unterschied hingegen nicht festzustellen. Im Mittel empfanden weibliche Ärzte eine Gleichverteilung der Geschlechter weniger wichtig als männliche Ärzte.

Tabelle 11: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 5 und Geschlecht

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Summe der Ränge
Frage 5., Bewerber	männlich	64	78,62	5131,5
	weiblich	112	94,15	10544,5
Frage 5., Studierende	männlich	187	262,85	49152,5
	weiblich	381	295,13	112443,5
Frage 5., Ärzte	männlich	112	108,97	12204,5
	weiblich	103	106,95	11015,5

Tabelle 12: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 5 und Geschlecht

	Frage 5, Bewerber	Frage 5, Studierende	Frage 5, Ärzte
Mann-Whitney-U-Test	2951,5	31574,5	5659,5
Wilcoxon-W	5031,5	49152,5	11015,5
U	-2,080	-2,324	-0,248
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,038	0,02	0,804

5.8 Frage 6 und 7: Eigene Empfindung zum Arztgeschlecht in der Patientenrolle

„Wenn Sie selber Patient/in sind, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Ihrem Arztes / Ihrer Ärztin eine Rolle?“

(Item 6. in allen drei Fragebögen)

„ja, und zwar: (mehrere Antworten möglich)“

(Item 7. in allen drei Fragebögen)

Eine Antwortstatistik der drei Befragungsgruppen zu Frage 6 findet sich in Tabelle 13. 43% der Bewerber, 53% der Studenten und 42% der Ärzte bejahten die Frage, ob das Geschlecht im Vertrauensverhältnis zum Arzt eine Rolle spielen würde, wenn sie selbst Patient/in sind. Es bestand hier kein klarer Trend der drei Befragungsgruppen zu einem bestimmten Antwortverhalten. Auch bestand keine klare Tendenz zum Antwortverhalten in Bezug auf das Geschlecht der Befragungsteilnehmer: Chi-Quadrat-Tests zeigen, dass sich männliche und weibliche Teilnehmer hier nicht signifikant unterschieden (siehe Anhang, Tabelle 33).

Tabelle 13: Rolle des Geschlechts beim Vertrauensverhältnis zum Arzt/Ärztin

Befragungsgruppe	nein, es spielt keine Rolle	ja, und zwar: ...	n.a.
	N (%)	N (%)	N
Bewerber	99 (57,2%)	74 (42,8%)	8
Studierende	269 (47,3%)	300 (52,7%)	21
Ärzte	125 (57,9%)	91 (42,1%)	9

Wenn Frage 6 mit „ja, und zwar (Auswahl folgt in nächster Frage)“ beantwortet wurde, folgt eine Mehrfachantworten-Frage („7. ja, und zwar: (mehrere Antworten möglich)“), bei der verschiedene Situationen ausgewählt werden konnten, in denen eine Behandlung beim

selben Geschlecht bevorzugt wird (siehe 4.3). Beim Bewerberfragebogen ist Frage 7 offen gestellt. Die verfassten Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Eine Antwortstatistik liefert Tabelle 14.

Tabelle 14: "ja, und zwar:" Antwortkategorien

ja, und zwar:	Bewerber			Studierende			Ärzte		
	N	in %	% d.F.	N	in %	% d.F.	N	in %	% d.F.
im Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe	32	47,1%	55,2%	232	35,3%	78,6%	67	28,6%	73,6%
im Fachbereich Urologie	8	11,8%	13,8%	124	18,8%	42,0%	55	23,5%	60,4%
bei der Besprechung persönlicher/intimer Fragenthemen	19	27,9%	32,8%	196	29,8%	66,4%	64	27,4%	70,3%
bei der Besprechung psychosomatischer/ psychosozialer Probleme	1	1,5%	1,7%	106	16,1%	35,9%	48	20,5%	52,7%

5.8.1 Zusammenhang Geschlecht und Frage 6 und 7

Die untenstehende Kreuztabelle (Tabelle 15) stellt das Geschlecht der Befragungsteilnehmer den gewählten Antwortkategorien der Frage „7. ja, und zwar: (mehrere Antworten möglich)“ gegenüber.

Folgender Trend ist hier erkennbar:

Von den weiblichen Teilnehmern, die die vorige Frage mit „ja“ beantworteten, fand eine überwiegende Mehrheit in allen drei Befragungsgruppen das Geschlecht des behandelten Arztes im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe wichtig.

Ein ebenso deutlich großer Anteil der männlichen Studenten und Ärzte fand das Geschlecht im Fachbereich Urologie von Bedeutung. Bei den Bewerbern sind dies nur 14% – hier sollte allerdings die unterschiedliche Fragestellung beachtet werden (siehe 4.3).

Mehr männliche als weibliche Teilnehmer, die die vorige Frage mit „ja“ angekreuzt hatten, wählten die Kategorie „bei der Besprechung persönlicher/intimer Fragenthemen“. Auch wenn diese Unterschiede (mittels Chi-Quadrat getestet) nicht signifikant sind, ist es dennoch ein Trend, der sich in allen drei Befragungsgruppen aufzeigen lässt.

Bei psychosomatischen/psychosozialen Problemen folgte das Antwortverhalten in den drei Befragungsgruppen keinem so eindeutigen Trend. Mehr männliche als weibliche Studenten wählten diese Kategorie, jedoch wurde sie insgesamt weniger häufig gewählt als die drei

vorigen Antwortkategorien. Bei den Ärzten sind es hingegen mehrheitlich weibliche Teilnehmer, die diese Kategorie ankreuzten.

Bei den Bewerbern ist diese Kategorie nicht eindeutig zuzuteilen. Für die Erstellung des Fragebogens für Ärzte und Studenten wurden die häufig von Bewerbern genannten „persönlichen Probleme“ in die zwei Subkategorien „intime und persönlich“ und „psychosozial und psychosomatisch“ unterteilt.

Tabelle 15: Kreuztabelle – "ja, und zwar"-Antwortkategorien und Geschlecht

Befragungsgruppe	Antwortkategorien	Männlich	weiblich	Gesamtanzahl
		N (%) *	N (%)	N
Bewerber	im Fachbereich Gynäkologie/ Geburtshilfe	4 (28,6%)	24 (63,2%)	28
	im Fachbereich Urologie	2 (14,3%)	4 (10,5%)	6
	bei der Besprechung persönlicher/ intimer Fragenthemen	6 (42,9%)	13 (34,2%)	19
	bei der Besprechung psychosomatischer/ psychosozialer Probleme	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1
Studierende	im Fachbereich Gynäkologie/ Geburtshilfe	39 (42,4%)	193 (95,1%)	232
	im Fachbereich Urologie	76 (82,6%)	48 (23,6%)	124
	bei der Besprechung persönlicher/ intimer Fragenthemen	69 (75,0%)	127 (62,2%)	196
	bei der Besprechung psychosomatischer/psychosozialer Probleme	40 (43,5%)	66 (32,5%)	106
Ärzte	im Fachbereich Gynäkologie/ Geburtshilfe	25 (55,6%)	42 (93,3%)	67
	im Fachbereich Urologie	41 (91,1%)	14 (31,1%)	55
	bei der Besprechung persönlicher/ intimer Fragenthemen	34 (75,6%)	30 (66,7%)	64
	bei der Besprechung psychosomatischer/psychosozialer Probleme	19 (42,2%)	28 (62,2%)	47

* Prozentwerte bezogen auf Befragungsteilnehmer, die in der vorigen Frage „ja, und zwar“ angekreuzt haben

5.9 Frage 8: Empfindung der Wichtigkeit des Geschlechts in der Arztrolle

„Wie wichtig ist Deiner Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?“

„Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereichs für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?“

(Item 13. im Studierenden- und Ärztefragebogen, diese Frage war nicht Teil des Bewerberfragebogens)

5.9.1 Studierende und Ärzte

Tabelle 16: Antwortstatistik Frage 8, Studierende und Ärzte

Studierende: Wie wichtig ist Deiner Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?		Ärzte: Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereichs für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?	
Antwortkategorie	N (%)	Antwortkategorie	N (%)
sehr unwichtig	37 (6,6%)	sehr unwichtig	29 (14,4%)
Unwichtig	274 (49%)	unwichtig	108 (53,7%)
Wichtig	228 (40,8%)	wichtig	60 (29,9%)
sehr wichtig	20 (3,6%)	sehr wichtig	4 (2,0%)
Gesamtsumme	559 (100,0%)	Gesamtsumme	201 (100,0%)
<i>n.a.</i>	31	<i>n.a.</i>	24

Während bei den Antworten der Studierenden zu Frage 8 keine klare Gewichtung bestand, folgte das Befragungsergebnis der Ärztegruppe einem Trend Richtung unwichtig (Tabelle 16).

Studierende

Von den an dieser Frage teilnehmenden Studierenden haben 49% die Erfahrung gemacht, dass das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zum Patienten unwichtig ist, 7% empfinden es als sehr unwichtig. Wichtig war es für 39%, sehr wichtig für 3%. An dieser Stelle war in Bezug auf das Geschlecht der Studierenden kein signifikanter Zusammenhang festzustellen.

Zu jeder der vier Antwortkategorien zu dieser Frage wurde in der darauffolgenden offenen Frage („*14. Begründung:“) die Möglichkeit gegeben, die gewählte „Wichtigkeit“ mit eigenen Worten zu begründen (siehe 4.3). Diese Antworten wurden gemäß ihrem Inhalt in Kategorien zusammengefasst und quantitativ analysiert (4.5). Dabei wurden 5 Kategorien in den offenen Antworten zu „sehr wichtig“, 14 in „wichtig“, 11 in „unwichtig“, und 7 in „sehr unwichtig“ ge-

funden. Im Folgenden wurden Kategorien mit mindestens 10 Nennungen für die Ergebnisauswertung ausgewählt.

In den Kategorien „sehr wichtig“ und „wichtig“ wurde als häufigste Begründung „intime Untersuchungen“ genannt, bei denen das Geschlecht des Arztes eine Rolle spielt. Weiterhin wurde häufig angegeben, dass Patienten einen gleichgeschlechtlichen Arzt bevorzugen, oder auch allgemein ein bestimmtes Geschlecht. Von denen, die wichtig angekreuzt haben, gaben 5% an, dass ältere Patienten ein Problem damit haben können, sich dem anderen Geschlecht zu öffnen, 4%, dass Erfahrung in der individuellen Vorgeschichte des Patienten Vorbehalte gegen ein bestimmtes Geschlecht verursachen könnten.

In der Kategorie „wichtig“ enthielten zusammengerechnet 15% der Antworten Erfahrungen mit Diskriminierung gegenüber Ärztinnen – entweder von männlichen oder von älteren Patienten. Dabei wurde beobachtet, dass Ärztinnen nicht so ernst genommen werden wie ihre männlichen Kollegen.

In den Kategorien „unwichtig“ und wurden am häufigsten (in absteigender Häufigkeit) Kompetenz, Charakter, Empathie, Sozialkompetenz/Kommunikationsfähigkeit und ein sicheres, kompetentes Auftreten als entscheidende Faktoren genannt, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Allerdings gaben 7% derjenigen, die die Kategorie „unwichtig“ wählten, an, dass bei intimen Fragestellungen das Geschlecht doch eine Rolle spielt.

In der Kategorie „sehr unwichtig“ wurden dieselben entscheidenden Faktoren genannt wie in „wichtig“, lediglich mit dem Unterschied, dass ärztliche Empathie (gegenüber dem Patienten) häufiger genannt wurde als der Charakter des Arztes.

Die Einschätzung, wie wichtig das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten ist, ändert sich nicht mit Fortschreiten des Studiums. Tabelle 17 zeigt, dass sich Studierende in jedem der drei Studienabschnitte prozentual ähnlich entscheiden.

Tabelle 17: Kreuztabelle – Wichtigkeit des Geschlechtes des Arztes und Studienabschnitt der Studierenden

	In welchem Studienabschnitt bist Du?			Gesamt
	Vorklinik	Klinik	PJ *	
	N (%)	N (%)	N (%)	
sehr unwichtig	13 (5,8%)	20 (7,7%)	4 (5,4%)	37 (6,6%)
Unwichtig	111 (49,3%)	126 (48,5%)	37 (50,0%)	274 (49%)
Wichtig	93 (41,3%)	103 (39,6%)	32 (43,2%)	228 (40,8%)
sehr wichtig	8 (3,6%)	11 (4,2%)	1 (1,4%)	20 (3,6%)
Gesamt	225 (100,0%)	260 (100,0%)	74 (100,0%)	559 (100,0%)

* Praktisches Jahr

Ärzte

Zu jeder der vier Antwortkategorien zu dieser Frage (sehr unwichtig – sehr wichtig) wird wieder in der darauffolgenden offenen Frage („*14. Begründung:“) die Möglichkeit gegeben, die gewählte „Wichtigkeit“ zu begründen. Diese Antworten wurden in Kategorien zusammengefasst und quantitativ analysiert. Im Folgenden wurden auch hier für „wichtig“ und „unwichtig“ nur die häufigsten Antwortkategorien ausgewertet, wobei die Grenze aufgrund der insgesamt geringeren Teilnehmeranzahl bei 6 angesetzt wurde. Antwortkategorien von „sehr unwichtig“ und „sehr wichtig“ werden zum Vergleich mit der Studierendengruppe trotz geringer Nennungen beschrieben.

In der Ärzteguppe fand sich eine überwiegende Mehrheit, die das Geschlecht nicht als wichtig empfand, um ein Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten aufzubauen. 54% bewerteten das Geschlecht als unwichtig, 14% als sehr unwichtig. 30% der Ärzte, die auf diese Frage antworteten, gaben dem Geschlecht eine wichtige Stellung im Vertrauensaufbau zu ihren Patienten, nur 2% eine sehr wichtige. Einen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten gab es hier nicht.

Von den vier Ärzten, die das Geschlecht als sehr wichtig empfanden, finden sich zwei Angaben, dass das Geschlecht wegen eines mangelnden „Ernstnehmens“ der weiblichen Ärzte eine Bedeutung hat.

In der Kategorie „wichtig“ wurde die Wichtigkeit des Geschlechtes am häufigsten damit begründet, dass Patienten sich eher demselben Geschlecht öffnen (42%), die zweithäufigste Nennung ist auch hier die Nichtanerkennung der Ärztinnen im Vergleich zu den männlichen Kollegen (21%). 14% gaben an, dass ältere Patienten Probleme haben, weibliche Ärzte ernst zu nehmen. Die Wichtigkeit des Geschlechts im Rahmen einer Psychotherapie o.ä. wurde ebenfalls von 14% angegeben – 9% gaben an, dass Therapeutinnen wegen ihrer Einfühlbarkeit von Patienten bevorzugt würden.

Ähnlich wie in der Begründung der Studierenden wurde auch bei den Ärzten in der Kategorie „unwichtig“ (in absteigender Häufigkeit) Kompetenz, Empathie, der Charakter und gute Gesprächsführung/Kommunikation als entscheidende Faktoren für ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis genannt. 9% der Befragten gaben an, dass in ihrem Fachbereich kaum Patientenkontakt vorhanden wäre und daher das Geschlecht unwichtig sei.

Der am häufigsten genannte Grund in der Kategorie „sehr unwichtig“ ist der mangelnde Patientenkontakt. Von den Ärzten mit Patientenkontakt wurden (in absteigender Häufigkeit) Kompetenz, gute Gesprächsführung/Kommunikation, der Charakter und Empathie als entscheidende Faktoren für das Vertrauen des Patienten genannt. Hier sind, wie auch in der Kategorie „sehr wichtig“, nur wenige Gesamtnennungen vorhanden.

5.9.2 Gegenüberstellung von Frage 8 und betreffendes Fachgebiet

Tabelle 18: Kreuztabelle – Fachbereich und Wichtigkeit des Geschlechtes des Arztes

Fachbereich		Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereichs für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?		Gesamt
		sehr unwichtig/ unwichtig	wichtig/ sehr wichtig	
		N	N	N
Gynäkologie und Geburtshilfe	Anzahl	1	2	3
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Anzahl	1	3	4
Psychiatrie und Psychotherapie	Anzahl	3	3	6
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Anzahl	1	3	4
Allgemeinmedizin	Anzahl	2	1	3
Urologie	Anzahl	3	2	5
Gesamtsumme	Anzahl	11	14	25

Für die Ärztegruppe ist auffällig, dass nur sehr wenige das Geschlecht als sehr wichtig angegeben haben. In der obigen Kreuztabelle (Tabelle 18) werden die Fachbereiche, die in Frage 6 von den Ärzten selbst angekreuzt wurden (in diesen Fachbereichen wünschen sich Ärzte, wenn selbst in der Patientenrolle, von einem Arzt desselben Geschlechtes behandelt zu werden), mit der selbst eingeschätzten Wichtigkeit des Geschlechtes im Vertrauensverhältnis zu den eigenen Patienten (nun in der Arztrolle) gegenübergestellt.

Es wird deutlich, dass im Fachbereich Urologie (3 von 5 bewerten diese Frage mit „unwichtig“ oder „sehr unwichtig“), in der Allgemeinmedizin (2 von 3 bewerten mit „unwichtig“) und im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie (2 von 4 bewerten mit „unwichtig“) das eigene Geschlecht in der Arztrolle als weniger wichtig befunden wird. Allerdings ist hier einschränkend anzumerken, dass (nach Aufteilung auf die einzelnen Fachbereiche) nur wenige Elemente für diese Untersuchung zur Verfügung stehen und somit das Ergebnis nicht sehr aussagekräftig ist.

Insgesamt ist auffällig, dass Ärzte und Studierende die Wichtigkeit ihres eigenen Geschlechtes für die Arzt-Patientenbeziehung in der Arztrolle als geringer einstufen als in der Patientenrolle.

5.9.3 Zusammenhang Frage 6 und Frage 8:

Eine binäre logistische Regression wurde jeweils für die Studierenden- und die Ärztegruppe durchgeführt, um die Vorhersagekraft des Antwortverhaltens der Frage 6 für das Antwortverhalten der Frage 8 zu ermitteln – wird Frage 6 bejaht, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, auch Frage 8 mit „ja“ zu beantworten.

Für die Studierendengruppe ergab sich hierbei ein signifikantes logistisches Regressionsmodell ($p < 0,005$). 13% (R-Quadrat nach Nagelkerke) der Varianz im Antwortverhalten wurden hierbei vom Regressionsmodell erklärt und 65% richtig klassifiziert. Für Studierende, die in Frage 6 mit „ja“ antworteten, war die Wahrscheinlichkeit 3,764 Mal größer, in Frage 8 auch mit „ja“ zu antworten, als Studierende, die in Frage 6 mit „nein“ antworteten (Tabellen 19 und 20).

Tabelle 19: binäre Regressionsanalyse – Klassifikationstabelle

Beobachtet		Vorhersagewert			
		Wie wichtig ist Deiner Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?		Prozentsatz richtig	
		unwichtig	wichtig		
Schritt 1	Wie wichtig ist Deiner Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?	unwichtig	190	121	61,1
		wichtig	73	175	70,6
Gesamtprozentsatz					65,3

a. Der Trennwert ist ,500

Tabelle 20: binäre Regressionsanalyse - Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a	Wenn Du selber Patient/in bist, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Deinem Arztes/ Deiner Ärztin Rolle?	1,326	0,181	53,342	1	0,000	3,764
	Konstante	-2,282	0,300	57,980	1	0,000	0,102

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Wenn Du selber Patient/in bist, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Deinem Arztes / Deiner Ärztin Rolle?

Bei der Ärztegruppe war das Ergebnis des Regressionsmodells nicht signifikant ($p=0,005$). Hierbei wurden nach R-Quadrat nach Nagelkerke nur 0,3% der Varianz im Antwortverhalten vom Regressionsmodell erklärt und 57% richtig klassifiziert. Für Ärzte, die Frage 6 mit „ja“ beantworteten, war die Wahrscheinlichkeit, Frage 8 ebenfalls mit „ja“ zu beantworten, 2,384 Mal höher als Ärzte, die Frage 6 mit „nein“ beantworteten (Tabellen 21 und 22).

Tabelle 21: binäre Regressionsanalyse – Klassifikationstabelle

Beobachtet		Vorhersagewert		Prozentsatz richtig	
		Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?			
		unwichtig	wichtig		
Schritt 1	Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?	unwichtig	0	64	0,0
		Wichtig	0	137	100,0
Gesamtprozentsatz					68,2

Tabelle 22: binäre Regressionsanalyse - Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a	Wenn Du selber Patient/in bist, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Deinem Arztes/ Deiner Ärztin Rolle?	0,869	0,309	7,898	1	0,005	2,384
	Konstante	-0,581	0,491	1,399	1	0,237	0,559

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Wenn Du selber Patient/in bist, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Deinem Arztes / Deiner Ärztin Rolle?

5.10 Frage 9: Jetzige Auswirkungen der Feminisierung

„Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich?“

(Item 10. im Ärztefragebogen)

Ärzte

Diese Frage wurde nur der Ärztegruppe gestellt.

Tabelle 23: Antwortstatistik Frage 9, Ärzte

	N (%)
Ja	124 (57,4%)
Nein	92 (42,6%)
<i>n.a.</i>	9
Gesamt	216 (100,0%)

Von denen, die diese Frage beantworteten, sah der Trend mehrheitlich (57%) Auswirkungen der Feminisierung auf die Arbeit (Tabelle 23).

Die Antworten der darauffolgenden offenen Frage („11. wenn ja, welche?“) wurden inhalts- gemäß Aussage-Kategorien zugeordnet, um sie quantifizierbar zu machen. Manche Antworten enthielten mehrere Aussagen und wurden dementsprechend mehreren Aussage- Kategorien zugeordnet. Die Aussagen wurden zur besseren Überschaubarkeit übergeordne- ten Themengebieten zugeteilt (siehe auch Tabelle 34, Anhang).

5.10.1 Themengebiete

Folgende Themengebiete und Aussagen wurden zu Frage 9 gefunden (in absteigender Nennungshäufigkeit, N):

1. Zusammensetzung des Teams

Dieses Themengebiet tauchte am häufigsten in den offenen Antworten auf. Auswirkungen der Feminisierung im eigenen Arbeitsbereich stellen für viele eine Veränderung der Zusam- mensetzung des Kollegiums dar.

- „*Mehr Teilzeitarbeitende / mehr (Bedarf nach) Teilzeitarbeitsmodelle(n)*“ (N=31) Der Zuwachs an Teilzeitmodellen und Teilzeitarbeitenden ist die am häufigsten beobach- tete Auswirkung der Feminisierung.
- „*Viele/mehr Ärztinnen – weniger männliche Ärzte.*“ (N=29) Ebenfalls sehr häufig ge- nannt wurde die Zunahme an weiblichen Kolleginnen bzw. die Abnahme von männli- chen Kollegen im Team.

2. Organisation der Stationsarbeit

Am zweithäufigsten wurden Aussagen zum Themengebiet der Arbeitsorganisation getroffen. Hierbei wurde vor allem von erschwerenden Umständen berichtet.

- „(schwer ausgleichbare) Arbeitsausfälle, durch Schwangerschaften, Elternzeit und Mutterschutz verursacht“ (N=28) Feminisierung wurde häufig mit Arbeitsausfällen aufgrund von Familiengründung in Verbindung gebracht.
- „Schwierige/weniger flexible Diensteinteilung wegen der Teilzeitkräfte/Arbeitsausfälle“ (N=16) Die schon beschriebenen Auswirkungen der Feminisierung (vermehrte Teilzeit, mehr Arbeitsausfälle) erschweren laut dieser Aussage die Diensteinteilung.

3. Berufsvielfalt

Eine negative Auswirkung auf die Berufsvielfalt wurde am dritthäufigsten mit der Feminisierung in Verbindung gebracht.

Folgende Aussagen gehören zu diesem Themengebiet:

- „Beruf wird durch fehlende männliche Kollegen einseitig.“ (N=14) Zu dieser Aussage wurden Antworten gewertet, die die Mehrheit an Ärztinnen als „zuviel“ bzw. Mangel an männlichen Ärzten als „zu wenig“ einschätzt (hier ist also eine wertende Komponente hinzugekommen), sowie Antworten, die diese Einseitigkeit beschreiben.
 - *Beispiel 1:* „Frauen sind stark überrepräsentiert“
 - *Beispiel 2:* „Es gibt deutlich zu wenige männliche (Psycho-)Therapeuten, die auch bei pathologischen Entwicklungsverläufen als "gesundes" Modell -gerade bei männlichen Patienten - fungieren können“
 - *Beispiel 3:* „Z.T. nur noch rein weibliche (Psycho-)Therapeutinnen-Teams auf den Stationen, was für manche PatientInnen ungünstig ist. Hoher Bedarf an Teilzeitstellen, was die Teamarbeit und die wissenschaftliche Tätigkeit neben der Krankenversorgung erschwert.“
- „Weniger Kapazitäten für invasive Therapietechniken (Operationen) (z.B. wegen Schwangerschaft oder Teilzeit)“ (N=5) Ebenfalls zum Thema „Berufsvielfalt“ zugeordnet wurden Antworten, die von einer erschwerten bzw. inkompletten operativen Ausbildung in Hinblick auf die Feminisierung berichten.
 - *Beispiel:* „Tendenziell weniger invasive Therapietechniken durch höheren Frauenanteil“
- „Weniger Kapazität für Forschung (z.B. wegen Teilzeitkräften)“ (N=4) Als weiterer Aspekt des Themas Berufsvielfalt wird auch die Forschung genannt. Hier wurde beobachtet, dass die Forschung aufgrund der vermehrten Teilzeitkräfte erschwert wird, bzw. Männern vorbehalten ist.
 - *Beispiel 1:* „Forschung wird vorwiegend von männlichen Kollegen gemacht, psychosoziale Betreuung vorwiegend von Kolleginnen. Oberärzte sind in aller Regel männlich.“

- *Beispiel 2:* „weniger Kontinuität bei längerfristigen Tätigkeiten (operative Tätigkeit, Forschung)“

4. Wunsch nach Veränderung

- „Umstrukturierung der Arbeitszeitmodelle/Anpassung der Arbeitszeiten und der Personaldecke an die neuen Erfordernisse durch die Feminisierung sind notwendig.“ (N=17) Häufig wurde in den Antworten der Wunsch bzw. die Forderung nach einer Anpassung der Arbeitsstrukturen laut. Vermehrte Teilzeitarbeit und Arbeitsausfälle wegen Schwangerschaft und Mutterschutz aufgrund des zunehmend weiblichen Personals erfordern andere Arbeitszeitenregelungen (Teilzeit als Schichtmodell), um voll arbeitende Ärzte nicht zusätzlich zu belasten.
 - *Beispiel:* „Probleme in der Dienstgestaltung: berufstätige Mütter in Teilzeit, bei fehlenden Teilzeitregelungen und Job-sharing Modellen, die dringend gebraucht werden. Weil: Feminisierung der Medizin!!!“
 - *Beispiel 2:* „Die vorhandenen Arbeitszeitmodelle erlauben einen begrenzten Einsatz von Müttern. Dies führt in der Regel zu einer Mehrbelastung männlicher Arbeitnehmer, da diese die anstrengenden Schichtbetrieb-Bereiche abdecken müssen.“
 - *Beispiel 3:* „Wertungslos ist festzuhalten, dass Besetzungsschwankungen durch Schwangerschaft und Krankheit von Kindern bei weiblichen Kollegen häufig(er) sind. Wenn das Institut gut genug besetzt wäre um das aufzufangen wäre das kein Problem. Ist es aber nicht.“
 - *Beispiel 4:* „Mehr Frauen, mehr Mütter, mehr Teilzeitkräfte, mehr Schwanger= weniger Kräfte für Nachdienste usw., führt zur Arbeitsverdichtung. Die Teilzeittätigkeit wird akzeptiert, wurde aber konzeptionell nicht vollständig im Krankenhausalltag umgesetzt.“

5. Arbeitsmoral

In dieses Themengebiet wurden Aussagen zugeteilt, die von einer veränderten Berufsperspektive oder auch Berufsmotivation sprechen. Frauen legten ihre Prioritäten oftmals anders als ihre männlichen Kollegen. So spielt die Familienvereinbarkeit nun eine größere Rolle.

- „Familienvereinbarkeit des Berufes wird zu einem größeren Thema als z.B. Karriere.“ (N=9) Es wird berichtet, dass Frauen nach Facharztabschluss öfter als Männer das Klinikum verlassen, da eine Praxisanstellung mit Familie oftmals besser zu vereinen ist als eine Karrierelaufbahn im Krankenhaus.
 - *Beispiel 1:* „Problem: weniger Frauen wollen sich selbstständig machen, denn angestellt ist es ein großer Vorteil für die Familienplanung. Tendenz geht zur Praxispartnerschaft.“

- *Beispiel 2:* „Mehr Schwangerschaften in der Assistenzarztzeit, mehr Abgänge von der Klinik nach der Facharztausbildung. Leistungsniveau gleich“
 - *Beispiel 3:* „Fast alle Oberärzte sind männlich. Frauen verlassen die Klinik häufig.“
- „*Weniger Leidenschaft und Motivation für den Beruf.*“ (N=4) Das zeigte sich z.B. an der Bereitschaft, Dienste zu übernehmen. Folgende Antwort aus dem Fachbereich der Pathologie sagt aus, dass Entscheidungen für einen Fachbereich mit Rücksicht auf die Familienvereinbarkeit getroffen werden:
- *Beispiel:* „Da es in der Pathologie keine Wochenend- und Nachtdienste gibt, steigt der Anteil junger Frauen. Leider scheinen viele der Ärztinnen die Pathologie eher aufgrund der Arbeitszeit als aus Leidenschaft zum Fach zu wählen. Die resultiert in geringer Motivation und Arbeitseifer und somit auch in einer minderen Arbeitsqualität. Denn die eigentlich wichtige Aufgabe des Pathologen wird nicht mehr wahrgenommen.“

6. Leistungspositionen

In einigen der Antworten wird festgestellt, dass die höheren Dienstebenen von dem Feminisierungstrend unberührt scheinen.

- „*Trotz Feminisierung dennoch mehr Männer in führenden Positionen.*“ (N=6) Es wurde von einem Ungleichgewicht zwischen der Ebene der Assistenzärzte und der Oberarzt- bzw. Chefarztebene berichtet, das als unangenehm oder frustriert umschrieben wird.
- *Beispiel 1:* „unangenehme Verteilung in den Praxen von männlichen Chefs und weiblichen Angestellten“
 - *Beispiel 2:* „mehr w als m angestellt, v.a. Teilzeit, da Bereich mit geringeren Aufstiegschancen. Wenn leitende Positionen - dann wird männlich nachbesetzt...“
- „*Aufstiegs-/Weiterbildungschancen für Frauen wegen Teilzeitarbeit schwierig.*“ (N=2)
- „*Mehr Oberärztinnen / mehr Chance für Frauen auf leitende Positionen.*“ (N=2) Von weniger Antwortenden wurde der Feminisierungstrend als Chance für Frauen verstanden, Leistungspositionen zu übernehmen.

7. Arbeitsklima

In dieses Themengebiet wurden Antworten subsummiert, die von Auswirkungen der Feminisierung auf das Zusammenarbeiten und die Atmosphäre der Krankenhausstation berichten.

- „Ausgleich der Arbeitsausfälle v.a. von Männern, aber auch von kinderlosen Ärzten (negative Stimmung wegen der Mehrarbeit)“ (N=7) Wie schon unter 2. und 5. beschrieben, sind Arbeitsausfälle, vermehrte Teilzeit und mangelhafte Arbeitszeitmodelle als Auswirkungen der Feminisierung in einigen Fachbereichen beschrieben worden. Häufig wird hierzu die Aussage gemacht, dass vor allem männliche Kollegen die Ausfälle ausgleichen, was zum Teil als ungerecht aufgefasst wird.
 - *Beispiel 1:* „Die vorhandenen Arbeitszeitmodelle erlauben einen begrenzten Einsatz von Müttern. Dies führt in der Regel zu einer Mehrbelastung männlicher Arbeitnehmer, da diese die anstrengenden Schichtbetriebsbereiche abdecken müssen.“
 - *Beispiel 2:* „mehr Schwangere, mehr (alleinerziehende) Mütter in Halbtagsstellen, mehr Fehlzeiten, mehr Arbeit für die anderen (Männer bzw. Kinderlose)!“

- „Negatives Arbeitsklima auf der Station wegen der Zunahme an Ärztinnen (Grüppchenbildung, schlechte Behandlung von männlichen Kollegen, schlechte Behandlung des Pflegepersonals)“ (N=4). In einigen Antworten wurde von Ausgrenzung von männlichen Kollegen, negativem „Tratsch“ und von einem schlechteren Arbeitsklima durch eine Überzahl von weiblichen Ärzten gesprochen. Befragte lassen in ihren Antworten teilweise Unmut herausklingen.
 - *Beispiel 1:* „Stärkerer Zusammenhalt der weiblichen Kolleginnen selbst bei berechtigter Kritik einer einzelnen Kollegin führt(e) zu unnötigen Spannungen. Ein Ungleichgewicht zu Gunsten weiblicher Kollegen führt m.E. eher zur Ausgrenzung männlicher Kollegen als im umgekehrten Fall.“
 - *Beispiel 2:* „An Ärger zwischen Pflegepersonal und Ärzte sind mehr Ärztinnen beteiligt. Ärztinnen haben eher einen harschen Ton gegenüber anderen.“

- „Negative Stimmung gegen Frauen / bzw. Schuldzuweisung wegen der Arbeitsausfälle“ (N=2). Für einige weibliche Befragungsteilnehmer ist das Thema der Mehrarbeit für Männer auch konfliktgeladen. So sei das Problem der ungleich verteilten Mehrarbeit nicht bei den weiblichen Kolleginnen, sondern bei den Leitungsetagen zu suchen.
 - *Beispiel:* „Aktuell sind bei uns z.B. 4 Frauen gleichzeitig in Elternzeit, was von den anderen Kollegen kompensiert wird und natürlich zu spüren ist; v.a. wenn man merkt, dass darüber zeitweise mit Unmut diskutiert wird. Meiner Meinung nach ist es allerdings nicht das Problem der betreffenden Frauen, sondern eher ein grundlegendes Problem der Personalabteilungen und der Chefetagen. Es wird nur leider allzu gerne als Schuld der Frauen definiert weil es so viel einfacher ist!“

- „*Besseres Arbeitsklima durch die Feminisierung*“ (N=2) Wenige Antworten berichteten hingegen von einem positiveren und einfühlsameren Arbeitsklima durch den Zuwachs von Frauen in der Medizin.

8. Patientenversorgung

- „*Patienten äußern Wunsch nach männlichem Therapeuten/Arzt.*“ (N=7) Diese Antworten beschreiben einen Mangel an männlichen Fachkräften, um bestimmte Patientengruppen adäquat zu versorgen, oder schildern vom ausdrücklichen Wunsch der Patienten nach einem männlichen Therapeuten.
 - *Beispiel 1:* „Die Patienten(elter) wählen Ihren Arzt auch nach männl./weibl. aus. ☐-Ton Patientemutter: "vom Kindergarten bis zum Abi hauptsächlich weibl. Betreuung für meinen Sohn - das muss beim Kieferorthopäden nicht auch noch sein" daraufhin wurde ein männlicher Kollege ausgewählt.“
 - *Beispiel 2:* „Männliche Therapeuten im KiJu-Bereich Mangelware aber von Eltern gezielt gesucht.“

9. Ärztlicher Nachwuchs

- „*Es besteht Nachwuchsmangel, da mein Fachbereich als familienunfreundlich gilt*“ (N=4). Von einigen wenigen Antwortenden wurde bemängelt, dass das eventuell falsche Vorurteil gegen den betreffenden Fachbereich besteht, er sei nicht mit Familie zu vereinbaren. Gerade bei einem steigenden Frauenanteil wirke sich dies negativ auf die Nachwuchsfindung aus.

10. Qualität der ärztlichen Arbeit:

- „*Der Trend ist positiv, da Ärztinnen mehr Einfühlungsvermögen zeigen.*“ (N=3) Ein weiteres, nicht häufig genanntes Themengebiet: Der Feminisierungstrend wurde als positiv aufgefasst, da Ärztinnen einfühlsamer seien als ihre männlichen Kollegen.

11. Überbelastung von Frauen:

- Einige wenige Kommentare berichten von einer Überbelastung der Frauen im medizinischen Beruf, besonders, wenn sie privat eine Familie versorgen müssen.

5.10.2 Bewertung der Kommentare insgesamt

Zusätzlich zu der Findung von Themengebieten, um die Antworten der offenen Frage 9 zu kategorisieren, wurden Kommentare in „insgesamt negativ“ und „insgesamt positiv“ eingeteilt. Diese zusätzliche Einteilung wurde vorgenommen, um negative und positive Emotionen den Auswirkungen des Trends gegenüber abzubilden, die in den Antworten teilweise sehr eindrücklich vorhanden waren. Kommentare, die emotional neutral verfasst wurden, wurden

in keine der Kategorien eingeteilt. Die Hälfte der Kommentare (60) wurde als „emotional negativ“ eingestuft. Dem gegenübergestellt war nur ein Bruchteil (8 Kommentare) „emotional positiv“. Weniger als die Hälfte der Kommentare blieben dementsprechend in ihrem Inhalt neutral.

5.11 Frage 10: Zukünftige Auswirkungen der Feminisierung

„Gibt es (weitere) Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich, die Sie für die Zukunft erwarten?“

(Item 11. im Ärzefragebogen)

Ärzte

Auch diese Frage wurde nur der Ärztegruppe gestellt. Eine Antwortstatistik zeigt Tabelle 24.

Tabelle 24: Antwortstatistik Frage 10, Ärzte

	N (%)
Ja	101 (47,4%)
Nein	112 (52,6%)
<i>n.a.</i>	12
Gesamt	213 (100,0%)

Ähnlich dem Verfahren für Frage 9 wurden auch hier Aussagen gefunden und diesen Themengebieten zugeordnet. Da sich viele der Themengebiete und Aussagen mit denen in Frage 9 decken, sollen hier nur die wichtigsten Aussagen zum Thema „Zukunftsperspektive“ aufgeführt werden.

5.11.1 Zukunftsperspektive

In den meisten Kommentaren wurde eine Aussage über die Zukunft getroffen. Davon war der überwiegende Teil pessimistisch und sagt eine Verschlechterung der Arbeitsumstände als Auswirkung der Feminisierung voraus. Optimistische Aussagen wurden weitaus weniger getroffen. Hier erwarten Antwortende, dass die Feminisierung Veränderungen der Arbeitsbedingungen in Richtung Flexibilität und Familienvereinbarkeit mit sich bringen wird. Einige Befragte äußerten den Wunsch bzw. die Hoffnung, dass sich die Medizinwelt auf die Feminisierung einstellen würde und sich die durch den Trend verschlechterten Arbeitsumstände wieder bessern würden.

Zukunftsperspektive

- c) *„Negativ: Ich glaube nicht, dass die Medizinwelt darauf vorbereitet ist, bzw. sich an den Wandel anpassen kann. Ich glaube an eine Verschlechterung der Arbeitsumstände“*
(N=46)
- d) *„Positiv: es wird einen Wandel geben. Die Arbeitsumstände werden sich verbessern“*
(N=14)
- e) *„Wunsch: Ich hoffe es wird / es muss einen Wandel geben“* (N=11)

5.12 Frage 11: Fachbereiche und Fachbereichswunsch

„In welchem Fachbereich würdest Du gerne nach Studienabschluss arbeiten? (bei Unsicherheit mehrere Antworten möglich)“

„In welchem medizinischen Fachbereich sind Sie tätig?“

(Item 9. im Studierenden- und Ärztefragebogen, diese Frage war nicht Teil des Bewerberfragebogens)

5.12.1 Studierende

Frage 9 ist als Mehrfachantworten-Frage konzipiert: Es konnten also von jedem Teilnehmer mehrere Fachbereiche als Berufswunsch angekreuzt werden. Unter allen Studierenden wurde Allgemeinmedizin am häufigsten gewählt (etwa ein Drittel der Studierenden), am zweithäufigsten Kinder- und Jugendmedizin (ca. ein Drittel), und in absteigender Reihenfolge Anästhesiologie, Kardiologie und Pneumologie und Chirurgie (siehe Tabelle 25).

5.12.1.1 Die 10 am häufigsten gewählten Fächer von weiblichen und männlichen Studierenden

Es wurde im Anschluss verglichen, ob es einen Unterschied im Wahlverhalten in Bezug auf das Geschlecht der Studierenden gibt.

In diesem Vergleich bleibt Allgemeinmedizin weit oben im Ranking, bei den männlichen Studierenden tritt sie jedoch nach der Anästhesiologie an zweite Stelle. Bei den männlichen Studierenden liegen die Fächer Kardiologie und Chirurgie ebenfalls weit oben, bei den Studentinnen wurden stattdessen Pädiatrie und Gynäkologie und Geburtshilfe etwas häufiger gewählt.

Tabelle 25: Facharztwunsch der Studierenden

Fachbereich	N	in %	% d.F.
Allgemeinmedizin	178	9,8%	33,1%
Kinder- und Jugendmedizin	150	8,2%	27,9%
Anästhesiologie	142	7,8%	26,4%
Kardiologie und Pneumologie	117	6,4%	21,7%
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	114	6,3%	21,2%
Unfallchirurgie und Orthopädie	102	5,6%	19,0%
Gynäkologie und Geburtshilfe	97	5,3%	18,0%
Neurologie	83	4,6%	15,4%
Psychiatrie und Psychotherapie	66	3,6%	12,3%
Hämatologie und Medizinische Onkologie	61	3,3%	11,3%
Radiologie	60	3,3%	11,2%
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	58	3,2%	10,8%
Gastroenterologie und Endokrinologie	46	2,5%	8,6%
Neurochirurgie	45	2,5%	8,4%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	44	2,4%	8,2%
Nephrologie und Rheumatologie	44	2,4%	8,2%
Kinderchirurgie	41	2,2%	7,6%
Dermatologie	39	2,1%	7,2%
Rechtsmedizin	37	2,0%	6,9%
Palliativmedizin	36	2,0%	6,7%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	27	1,5%	5,0%
Urologie	25	1,4%	4,6%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	24	1,3%	4,5%
Augenheilkunde	22	1,2%	4,1%
Nuklearmedizin	19	1,0%	3,5%
wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in	19	1,0%	3,5%
Humangenetik	18	1,0%	3,3%
Klinische Neurophysiologie	15	0,8%	2,8%
Pathologie	15	0,8%	2,8%
Medizinische Mikrobiologie	13	0,7%	2,4%
Arbeits-, Sozial, und Umweltmedizin	12	0,7%	2,2%
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	12	0,7%	2,2%
Klinische Pharmakologie	9	0,5%	1,7%
Transfusionsmedizin	6	0,3%	1,1%
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie*	5	0,3%	0,9%
Strahlentherapie*	4	0,2%	0,7%
Sportmedizin*	3	0,2%	0,6%
Intensivmedizin*	3	0,2%	0,6%
Tropenmedizin*	2	0,1%	0,4%
Infektiologie*	2	0,1%	0,4%
Komplementärmedizin*	2	0,1%	0,4%
Innere Medizin*	2	0,1%	0,4%
Kieferorthopädie	1	0,1%	0,2%
Zahnmedizin	1	0,1%	0,2%
Immunologie*	1	0,1%	0,2%
Forschung, Medizintechnik, medizinische Physik*	1	0,1%	0,2%
Gesamt:	1823	100,0%	338,8%

* aus der Kategorie "sonstige"

Chirurgische Fächer und Kardiologie folgen bei den Frauen dicht auf. Neurologie wurde bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig gewählt. Radiologie liegt nur bei den männlichen, Psychiatrie und Psychotherapie nur bei den weiblichen Studierenden in den „Top 10“ (Tabelle 26).

Tabelle 26: Die 10 am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht

Fachbereich		männlich	Fachbereich	weiblich	
		N (%)			N (%)
Anästhesiologie	Anzahl	65 (36,5%)	Allgemeinmedizin	Anzahl	128 (35,6%)
Allgemeinmedizin	Anzahl	50 (28,1%)	Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl	113 (31,4%)
Kardiologie und Pneumologie	Anzahl	49 (27,5%)	Gynäkologie und Geburtshilfe	Anzahl	89 (24,7%)
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	Anzahl	42 (23,6%)	Anästhesiologie	Anzahl	77 (21,4%)
Unfallchirurgie und Orthopädie	Anzahl	37 (20,8%)	Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	Anzahl	72 (20,0%)
Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl	37 (20,8%)	Kardiologie und Pneumologie	Anzahl	68 (18,9%)
Neurologie	Anzahl	25 (14,0%)	Unfallchirurgie und Orthopädie	Anzahl	65 (18,1%)
Radiologie	Anzahl	23 (12,9%)	Neurologie	Anzahl	58 (16,1%)
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	Anzahl	23 (12,9%)	Psychiatrie und Psychotherapie	Anzahl	50 (13,9%)
Nephrologie und Rheumatologie	Anzahl	19 (10,7%)	Hämatologie und Medizinische Onkologie	Anzahl	47 (13,1%)

5.12.2.2 Verändern sich die Fachbereichswünsche mit Fortschreiten des Studiums?

In den verschiedenen Stadien des Studiums (Vorklinik, Klinik und Praktisches Jahr) zeigt sich ein unterschiedliches Wahlverhalten in Bezug auf den gewünschten Fachbereich.

Bei den männlichen Vorklinikern blieb Anästhesiologie ganz vorne, jedoch hier als zweites gefolgt von Chirurgie. Insgesamt erschienen viele operative Fächer in den vorderen 10 Rängen (Unfallchirurgie und Orthopädie auf Rang 4, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (7.), Neurochirurgie (10.), Kinderchirurgie(10.)) und auch Rechtsmedizin wurde im Vergleich häufig von den Studenten gewählt. Bei den weiblichen Vorklinik-Studentinnen sind Kinder-

und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe in etwas abgewandelter Reihenfolge wie in der Gesamtstatistik in den ersten drei Rängen vertreten. Bei den weiblichen Vorklinikern waren ebenfalls chirurgische Fächer häufig gewählt worden (Rang 4 und 5).

Tabelle 27: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Vorklinik

Fachbereich	Männlich	Fachbereich	Weiblich
	N (%)		N (%)
Anästhesiologie	29 (45,3%)	Kinder- und Jugendmedizin	51 (34,0%)
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	19 (29,7%)	Allgemeinmedizin	47 (31,3%)
Kardiologie und Pneumologie	19 (29,7%)	Gynäkologie und Geburtshilfe	45 (30,0%)
Unfallchirurgie und Orthopädie	18 (28,1%)	Unfallchirurgie und Orthopädie	43 (28,7%)
Kinder- und Jugendmedizin	16 (25,0%)	Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	39 (26,0%)
Allgemeinmedizin	13 (20,3%)	Neurologie	32 (21,3%)
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	11 (17,2%)	Anästhesiologie	31 (20,7%)
Radiologie	10 (15,6%)	Kardiologie und Pneumologie	25 (16,7%)
Rechtsmedizin	9 (14,1%)	Neurochirurgie	24 (16,0%)
Kinderchirurgie	7 (10,9%)	Psychiatrie und Psychotherapie	23 (15,3%)
Neurochirurgie	7 (10,9%)	Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	23 (15,3%)

Im Vergleich lagen chirurgische Fächer bei Studierenden der Klinik (siehe Anhang, Tabelle 41) und des Praktischen Jahres in der Beliebtheit mit Fortschreiten des Studiums weiter unten. So sind es bei den männlichen Klinikern Rang 4 (Chirurgie) und 5 (Unfallchirurgie und Orthopädie), bei den weiblichen nur Rang 6 (Chirurgie). Bei den männlichen PJ-Studierenden liegt Chirurgie auf Rang 7, bei den weiblichen auf Rang 4 (Chirurgie) und 9 (Unfallchirurgie und Orthopädie). Die Teilnehmeranzahl N ist hier jedoch vergleichsweise sehr niedrig (Tabelle 27 und 28).

Tabelle 28: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Praktisches Jahr

Fachbereich	männlich	Fachbereich	weiblich
	N (%)		N (%)
Anästhesiologie	6 (26,1%)	Allgemeinmedizin	17 (35,4%)
Kinder- und Jugendmedizin	5 (21,7%)	Kinder- und Jugendmedizin	11 (22,9%)
Kardiologie und Pneumologie	4 (17,4%)	Anästhesiologie	9 (18,8%)
Allgemeinmedizin	3 (13,0%)	Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	8 (16,7%)
Augenheilkunde	3 (13,0%)	Gynäkologie und Geburtshilfe	8 (16,7%)
Neurologie	3 (13,0%)	Hämatologie und Medizinische Onkologie	8 (16,7%)
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	2 (8,7%)	Gastroenterologie und Endokrinologie	7 (14,6%)
Gastroenterologie und Endokrinologie	2 (8,7%)	Neurologie	6 (12,5%)
Kinderchirurgie	2 (8,7%)	Unfallchirurgie und Orthopädie	6 (12,5%)
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	2 (8,7%)	Kardiologie und Pneumologie	5 (10,4%)
Psychiatrie und Psychotherapie	2 (8,7%)		
Urologie	2 (8,7%)		

5.12.3 Ärzte

Ärzte kreuzten in dieser Frage den Fachbereich an, in welchem sie tätig sind. Siehe hierzu 5.2.3.

6. Diskussion

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse:

In dieser Arbeit sollte durch eine elektronische Befragung von Bewerbern, Studierenden und Ärzten die Frage beantwortet werden, wie die jetzige und zukünftige Ärzteschaft zum Trend der Feminisierung der Medizin steht.

Insgesamt standen Bewerber, Studierende und Ärzte dem jetzigen Auswahlverfahren von Medizinbewerbern mit starker Schwerpunktsetzung auf der Abiturnote kritisch gegenüber. Mehrheitlich wurden andere Auswahlkriterien, wie z.B. Auswahlgespräche und klinisch-praktische und berufliche Erfahrung, genannt; hierbei wurden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Es wurde zudem gezeigt, dass sich alle drei Befragungsgruppen eine ausgewogene Geschlechterbalance im medizinischen Berufsstand wünschten, wobei dies den Frauen der Studierenden- und Bewerbergruppe signifikant wichtiger war als ihren männlichen Kollegen. Bezüglich der Relevanz der Feminisierung für die medizinische Berufsausübung ergab die Befragung, dass die Teilnehmer in der Rolle des Patienten das Arztgeschlecht für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient für wichtiger erachteten als aus der Sicht des Arztes. In den Fragestellungen zur Auswirkung der Feminisierung berichteten die Ärzte vorherrschend von im Arbeitsalltag bemerkbaren Veränderungen, hier wurde die Mehrheit der Antworten als negativ eingestuft.

6.2 „Feminisierung - Ursachen“

6.2.1 Gewichtung Abiturnote

Zum Thema „Ursachen der Feminisierung“ konnten die Befragungsteilnehmer zu verschiedenen Kriterien des jetzigen Auswahlverfahrens Stellung beziehen. Konkret wurden die Teilnehmer in Frage 1 gefragt, wie sie die Abiturnote in einem Auswahlverfahren gewichten würden. Die Ergebnisse dieser Frage sind eindeutig: Die Abiturnote sollte laut den Befragten mit weniger als 50% in die Gesamtbeurteilung eingehen. Der Median der gewünschten prozentualen Gewichtung der Abiturnote lag in allen drei Gruppen bei der Kategorie „20-50%“. Studierende wählten am zweithäufigsten sogar eine noch geringere Berücksichtigung mit „unter 20%“, Ärzte und Bewerber hingegen die Kategorie „50-75%“.

Der oben beschriebene Unterschied zwischen Studierenden und Bewerbern lässt sich damit erklären, dass Bewerber kurz vor dem Zeitpunkt der Befragung ihre Abiturprüfungen abgeschlossen hatten, und es somit naheliegend scheint, dass eine soeben erbrachte Leistung aus Sicht der Bewerber auch in die Bewertung einfließen soll. Dies würde auch die Ergebnisse aus 5.3.1 und 5.3.2 erklären: In der Bewerbergruppe bestand ein signifikanter Zusammenhang einer höheren gewünschten Gewichtung der Abiturnote mit dem Geschlecht und

ein hochsignifikanter Zusammenhang mit der Abiturnote der Bewerber. Zusammenfassend wünschen sich also vor allem Bewerberinnen, die statistisch in unserer Befragung, aber auch deutschland- und weltweit (OECD 2015; Weinmann 2010) eine bessere Schulabschlussnote vorweisen können, eine stärkere Berücksichtigung dieser Leistung im Auswahlverfahren für den medizinischen Studiengang.

Studierende hingegen spüren vermutlich aktuell, wie wenig die Leistung im Abitur mit der Leistung im klinischen Abschnitt des Medizinstudiums zu tun hat: Wie nationale und internationale Studien gezeigt haben, korreliert die Schulabschlussnote nur mit den vorklinischen Semesterleistungen, während sie Leistungserfolge im klinischen und klinisch-praktischen Bereich nicht vorhersagen kann – und auch nicht die spätere Leistung als Arzt (Kadmon et al. 2014; Siu und Reiter 2009). Dass das bisherige Auswahlverfahren mit Schwerpunktlegung auf der Abiturnote nicht nur geeignete – sei es aufgrund der klinischen Leistung oder der längerfristigen Motivation – Studierende ermittelt, zeigt fernerhin die hohe Verlustrate an potenziellen Ärzten nach Studienabschluss (Kopetsch 2010).

Das etwas anders gewichtete Antwortverhalten der Ärzte begründet sich hingegen vermutlich mit anderen Assoziation zum Abitur. Seit einigen Jahren steht das Abitur in der Kritik, immer bessere Abschlussnoten und einen stetig ansteigenden prozentualen Anteil von Abiturienten an der Gesamtzahl der Schulabgänger hervorzubringen. In einer Stellungnahme von 2014 spricht der Deutsche Philologenverband von einer „Entwertung des Abiturs“ aufgrund von inflationär guten Abiturnoten, u.a. in Folge der Einführung der verkürzten Gymnasialzeit (G8) (Deutscher Philologenverband 2014). Auch die wachsende Anzahl an Abiturienten verringert die Validität des Abiturs als Instrument zur Auszeichnung sehr guter Schüler. So lag der Abiturientenanteil der Schulabgänger 2013 bei 36% – zehn Jahre zuvor waren dies noch 23% (Statistisches Bundesamt 2015). An dieser Stelle sei kurz entgegenzuhalten, dass als positiver Effekt des Validitätsverlusts der Abiturnote eine breitere Masse an Schulabgängern eine Chance auf einen Medizinstudienplatz erhalten und dadurch die Diversität der Studierenden gesteigert werden könnte (siehe 6.2.2.5).

Zum Zeitpunkt des Schulabschlusses vieler Ärzte war das Abitur jedoch als Messinstrument valider, eine gute Abiturnote noch stärker mit einer herausragenden Schulleistung assoziiert, was die leichte Diskrepanz der Bewertung der Ärzte im Vergleich zu den Studierenden erklären könnte.

Die Abiturnote als am stärksten gewichteter Faktor in der Studienbewerberauswahl ist nicht nur aufgrund ihres sinkenden Nutzens zur Differenzierung der besonders guten Abiturienten oder ihrer fehlenden prognostischen Validität zur Selektion guter Medizinstudierender und Ärzte zu hinterfragen. Sie scheint auch aufgrund der Bevorteilung von Schülern weiblichen

Geschlechts ein soziodemographisches Ungleichgewicht unter den Medizinstudierenden zu begünstigen. Schülerinnen absolvieren nicht nur besser, sondern auch häufiger am gymnasialen Schulzweig (Weinmann 2010) und dies vermutlich zum Teil aufgrund mangelnder Genderkompetenz von Lehrkräften (Budde 2008; Bundesjugendkuratorium 2009), wobei die Ursachen im Ganzen noch nicht hinreichend geklärt sind. Dieses ist nicht nur ein deutscher, sondern auch ein europäisch und global beobachteter, problematisierter Trend (OECD 2015; EACEA 2010; Cornwell et al. 2011).

Das schlechtere schulische Abschneiden von Jungen scheint sich früh in den Köpfen von Kindern festzusetzen, und diesen Trend zusätzlich zu bestärken. Mädchen glauben schon im Vorschul- und Jungen im Grundschulalter, dass Jungen akademisch Mädchen unterlegen sind, und dass dies auch die Überzeugung der Erwachsenen sei. Dieses von der Umwelt produzierte Selbstbild scheint wiederum die Schulleistung der Jungen zu verschlechtern (Hartley und Sutton 2013). Womöglich reichen die Auswirkungen dieses produzierten Selbstbildes sogar noch weiter: Akademisch befähigte Jungen lernen aufgrund der Einflussnahme ihrer Umwelt womöglich schon sehr früh, dass sie nicht für ein Medizinstudium geeignet wären (Greenhalgh et al. 2004). Es ist anzunehmen, dass geeignete männliche Schüler sich aufgrund des von ihrer Umwelt geprägten Selbstbildes gar nicht erst auf einen Medizinstudienplatz bewerben.

Andere Auswahlverfahren, wie der TMS und der HAM-Nat, korrelieren stärker als die Abiturnote mit Studienerfolg und können die Studienabbrecherquote zusätzlich reduzieren (Hampe et al. 2008; Kadmon und Kadmon 2016). Ähnliche positive Ergebnisse zu Studierfähigkeits-tests zeigen auch Studien aus Dänemark, Österreich und der Schweiz (O'Neill et al. 2011; Hampe et al. 2009; Hänsgen und Spicher 2002; Kraft et al. 2013). Diese Auswahlverfahren sind zudem in der Lage, das Geschlechterverhältnis auszubalancieren (Reibnegger et al. 2010; Tiffin et al. 2012; Werwick et al. 2015), da in diesen Tests Männer entweder besser (HAM-Nat) (Werwick et al. 2015) oder gleich gut (TMS) (Kadmon und Kadmon 2016) wie Frauen abschneiden. Auch hierzu gibt es aus dem europäischen Ausland (Mitterauer et al. 2007; Kraft et al. 2013; Puddey und Mercer 2013) und auch aus Australien (Wilkinson et al. 2014) korrelierende Ergebnisse.

Soziokulturelle und -demographische Fairness im Auswahlverfahren ist Ziel vieler Auswahlverfahren im internationalen Raum (Tiffin et al. 2012; Magnus und Mick 2000; Felix et al. 2012; Boylan und Grant 2004; BMA Equal Opportunities Committee 2009). Die starke Gewichtung eines prognostisch wenig validen Auswahlkriteriums, das im vornherein global eine Chancenungleichheit eines Geschlechts darstellt und womöglich aufgrund von Stigmatisierung diese Chancenungleichheit noch zusätzlich verstärkt, kann also begründet problematisiert werden. Eine geringere Gewichtung der Abiturnote mit stärkerer Betonung anderer

Auswahlkriterien, wie von den Teilnehmern unserer Befragung gewünscht, würde daher durchaus Sinn machen.

6.2.2 Andere Kriterien für ein Auswahlverfahren

6.2.2.1 „Auswahlgespräch/Interview“

In Frage 2. konnten die Befragungsteilnehmer alternative oder zusätzliche Auswahlkriterien zur Abiturnote wählen. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass Auswahlgespräche oder Interviews von Ärzten und Bewerbern am häufigsten, und von Studierenden am zweithäufigsten gewählt wurden. Obwohl dieses Kriterium in der Befragung die größte Anhängerschaft fand, ist laut Studienlage das „klassische Interview“, im Sinne eines nicht-standardisierten Vorstellungsgesprächs, mit sehr niedriger Realibilität und Validität als Auswahlkriterium nicht empfehlenswert (Kreiter und Axelson 2013). Einzige Ausnahme bildet hier das MMI, das im Vergleich jedoch sehr kosten- und zeitaufwändig ist (Kreiter und Axelson 2013).

Interessanterweise bestand bei den Bewerbern ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Auswahl der Kategorie „Auswahlgespräch/Interview“ und dem weiblichen Geschlecht. Für das Interview wurde in mehreren internationalen Studien eine Bevorteilung von weiblichen Bewerbern festgestellt (Wilkinson et al. 2008; Laurence et al. 2010; Maharjan und Dixit 2004). Der Bewerbervorteil von Frauen im Interview wurde in der University of Queensland (Australien) deutlich, als das Interview aufgrund von mangelnder prognostischer Güte aus dem Auswahlverfahren entfernt wurde: Der Anteil männlicher Studierender stieg von 51,4%, als das Interview noch Teil des Auswahlverfahrens war, auf 57,7% nach dessen Abschaffung (Wilkinson et al. 2014). Zusammengenommen mit den Ergebnissen aus 6.3.1 scheinen Bewerberinnen ein gutes Gespür für die Auswahlkriterien zu haben, die für sie am vorteilhaftesten wären: Das Interview und eine starke Gewichtung der Abiturnote.

6.2.2.2 „Abgeschlossene medizinische Ausbildung“, „Medizinische/soziale Praktika“

Studierende wählten die abgeschlossene medizinische Ausbildung am häufigsten, Ärzte dieses Kriterium am zweithäufigsten. Für männliche Studierende fand sich bei einseitiger Testung eine signifikant häufigere Auswahlrate dieser Kategorie als bei den weiblichen. Hier sollte darauf hingewiesen werden, dass proportional mehr Männer in der Bewerbergruppe eine abgeschlossene medizinische Ausbildung vorzuweisen haben als Frauen (männliche Bewerber 9/66, bei den Frauen 8/115). Auch wenn es zu der abgeschlossenen Ausbildung bei Bewerbung auf Landes- oder Bundesebene keine veröffentlichten Statistiken gibt, wäre denkbar, dass dieses Verhältnis auch auf ältere Jahrgänge zutrifft und so der oben aufgeführte Unterschied im Antwortverhalten zwischen Studenten und Studentinnen zustande-

kommt: Männer bewerben sich, womöglich aufgrund der niedrigeren N.C.-Werte, nach Abschluss einer medizinischen Ausbildung mit Anrechnung der Wartezeit für das Medizinstudium und wünschen sich demnach eine stärkere Gewichtung dieses Faktors.

Das Kriterium „Klinische Erfahrung“ im Sinne von medizinnahen Praktika wurde in allen drei Teilnehmergruppen als dritthäufigstes angekreuzt. Bei der Studierendengruppe haben Studentinnen diese Kategorie signifikant häufiger gewählt als ihre männlichen Kommilitonen.

Alles in allem zeigen diese beiden Kriterien, – die abgeschlossene medizinische Ausbildung und medizinnah Praktika im Vorfeld der Bewerbung – dass klinische Erfahrung von allen drei Teilnehmergruppen im Rahmen eines Auswahlverfahrens für wichtig eingestuft wird. In Anbetracht der womöglich immer noch hohen Aussteigerzahlen während und nach dem Studium (Kopetsch 2010; Bundesärztekammer 2015a) wäre eine frühe Konfrontation mit einem realistischen Bild des Arztberufs in deutschen Krankenhäusern und Praxen durchaus sinnvoll. Bekräftigt wurde das Konzept einer „informierten und reflektierten Entscheidungsfindung“ für das Medizinstudium und den späteren Arztberuf von einer israelischen Forschungsgruppe. Laut dieser Empfehlung sollten medizinische Hochschulen den potenziellen Bewerbern schon vor dem Auswahlverfahren ein realistisches Bild vom späteren Arztberuf aufzeigen. Um eine mögliche Desillusion vom Fachgebiet prophylaktisch zu verhindern, sollten Bewerber auch die Schattenseiten, wie z.B. der anstrengende Studien- und Arbeitsalltag, die Fehlbarkeit des medizinischen Personals, und die häufigsten Ursachen von Unzufriedenheit und Burn-out unter Ärzten (Benbassat und Baumal 2007).

6.2.2.3 „Einzelne Abiturnoten (z.B. Naturwissenschaften)“, „TMS (Mediziner-test)“

Einzelne Abiturnoten (im Fragebogen erläutert mit dem Nachsatz „z.B. Naturwissenschaften“) waren männlichen Studierenden signifikant wichtiger als weiblichen. Auch der TMS wurde anteilig in der Studierendengruppe und der Ärztegruppe von mehr männlichen als weiblichen Teilnehmern gewählt. Dass schwerpunktmäßig naturwissenschaftliches Verständnis, in Form von bestimmten Abiturnoten oder des TMS (tms-info), von Männern eher als Kriterium für die Auswahl von Medizinstudierenden gewählt wurde als von Frauen, ist nicht überraschend. Hier kann eine Parallele zu der Bevorzugung des Abiturs von den Teilnehmerinnen gezogen werden: Männliche Bewerber erlangen in den naturwissenschaftslastigen Studierfähigkeitstests wie dem TMS und dem HAM-Nat und korrespondierenden internationalen Zulassungstests höhere Testwerte (Kadmon 2011; Werwick et al. 2015); (Wilkinson et al. 2014; Puddey und Mercer 2013; Mitterauer et al. 2007; Kraft et al. 2013). Männer bevorzugen also, wie auch Frauen, Kriterien, in denen sie einen Wettbewerbsvorteil haben.

6.2.2.4 „Soziale/kommunikative Kompetenz (Bewerbungstest z.B. mit Schauspielpatienten)“

Weiterhin fiel auf, dass soziale und kommunikative Kompetenzen Ärztinnen wichtiger und Studentinnen signifikant wichtiger waren als Ärzten und Studenten. Auch Bewerber finden diese Fähigkeiten wichtig, hier ergibt sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Hier liegt ein Verweis auf die Fähigkeiten der verschiedenen Geschlechter im Studium und auch in der ärztlichen Tätigkeit nahe: Die patienten-fokussierte Kommunikation ist im Studium und im Beruf eine klassisch weibliche Stärke. Schon in den OSCEs zeigt sich international wie auch in Göttingen ein klarer Kompetenzvorsprung der weiblichen Studierenden (Dahlin et al. 2012; Simmenroth-Nayda et al. 2008). Der Kommunikationsstil von Frauen ist sowohl im Studium (Berg et al. 2015) als auch im Beruf (Roter et al. 2002) empathischer und beziehungsfördernder – Kompetenzen, die in der zeitgemäßen partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung zentral sind (Klemperer 2006).

Ärzten waren praktische Fähigkeiten als Auswahlkriterium wichtiger als Ärztinnen. Dieses Ergebnis deckt sich mit Studienergebnissen verschiedener Befragungen, worin männliche Ärzte und Studierende ein größeres Interesse für chirurgische Fächer zeigten als Frauen (Gedrose et al. 2012; Alers et al. 2014) und die technische Herausforderung ein wichtigerer Faktor für der Wahl des medizinischen Fachbereichs darstellt (Lefevre et al. 2010).

6.2.2.5 Auswahlkriterien und Berufsbilder

Aus diesen Ergebnissen kann zum einen geschlossen werden, dass Bewerber ein gutes Gespür für ihre eigenen geschlechtsspezifischen Kompetenzen haben und diese in der Wertung auch berücksichtigt sehen wollen. Frauen wünschen sich eine stärkere Berücksichtigung des Abiturs und eine Bewertung sozialer und kommunikativer Kompetenzen. Männer hingegen wünschen dies nicht, stattdessen sollten gezielt bestimmte Noten und naturwissenschaftlich-basierte Tests, in denen sie einen Bewerbungsvorteil hätten, verstärkt gewichtet werden.

Zum anderen sollte nicht unberücksichtigt bleiben, dass hier erkennbar wird, welche Kriterien für die jeweilige Geschlechts- und Teilnehmergruppe die für sie geeignet erscheinende Studierenden auswählen: Dies sind Eigenschaften und Fähigkeiten, die den jeweiligen Teilnehmergruppen bei einem guten Arzt vermutlich wichtig wären. Während für weibliche Teilnehmer hier ganz klar der kommunikative Aspekt im Vordergrund steht (Interviews, soziale und kommunikative Fähigkeiten), legen männliche hier einen ganz anderen Schwerpunkt: spezifische (naturwissenschaftliche) Noten, Ergebnisse naturwissenschaftlicher Tests, praktische medizinische Erfahrung durch eine abgeschlossene Ausbildung. Ein geeigneter Arzt ist

scheinbar für beide Geschlechter mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Begabungen verbunden.

Für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf das Berufsverständnis des Arztes lassen sich auch in der Literatur Hinweise finden.

Die oben genannten Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen einer Studie von McManus et al., die sich mit den Motivationen der Geschlechter für das Medizinstudium beschäftigt (McManus et al. 2006): So war hier der naturwissenschaftliche Aspekt des Studiums für Männer einer der ausschlaggebenden Faktoren für die Medizin, während „anderen Menschen zu helfen“ eher eine weibliche Motivation darstellte. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten eine österreichische Studie (Hofhansl et al. 2015) und eine Querschnittsbefragung der Universität Münster: „Patienten zu helfen“ war vorrangiger Grund für Frauen, das Studium aufzunehmen. In diesen zwei Studien findet sich, im Gegensatz zu der oben genannten McManus Studie, kein Geschlechtsunterschied bei dem Motivator „wissenschaftliches Interesse“. Allerdings stützt die Arbeitsrealität die Ergebnisse der McManus-Studie, da weniger Frauen im Anschluss an das Studium eine wissenschaftliche Karriere verfolgen (Awasthi 2005; Bundesärztekammer 2013).

Anhand der Auswahlkriterien zeigt sich also indirekt, wie sich das Berufsbild für männliche und weibliche Teilnehmer unterscheiden könnte. Insgesamt ist für Frauen eher der kommunikative, beziehungs-fokussierte Aspekt wichtig für den Arztberuf. Für männliche Teilnehmer machen hingegen eher praktische und wissenschaftliche Fähigkeiten den Arztberuf aus.

In mehreren Studien zur Auswahl von Studienbewerbern wird argumentiert, dass soziale Diversität der Studierendenschaft eines der Ziele der Auswahlverfahren sein sollte. Eine soziodemographisch, -kulturell und -ökonomisch diverse Ärzteschaft kann eine bessere medizinische Versorgung gewährleisten: Studierende eines bestimmten kulturellen und ökonomischen Hintergrunds dienen später als Ärzte überproportional dem Teil der Gesellschaft, aus dem sie entstammen (Magnus und Mick 2000). Je repräsentativer die Ärzteschaft für die Gesellschaft ist, der sie dient, desto besser ist ihre medizinische Versorgung (BMA Equal Opportunities Committee 2009). Boylan et al. führen diesen Gedanken weiter: Die medizinische Profession hat einen sozialen Vertrag mit der Gesellschaft, die Gesellschaft als Ganzes zu erreichen. Professionelle Exzellenz könne nur erreicht werden, wenn die Gesellschaft selbst in der Profession repräsentiert ist (Boylan und Grant 2004).

Zwischen den oben genannten verschiedenen Berufsbildern eine Wertung auszuformulieren, sollte also kritisch betrachtet werden. Dass die weibliche Interpretation des Berufsbildes der männlichen überlegen sei (Phillips und Austin 2009) oder ohne den männlichen Einfluss die Medizin „den Bach runtergeht“ (Kilminster et al. 2007), darf nicht Schlussfolgerung dieser

Unterschiede sein. Vielmehr bedarf das Gesundheitssystem eines vielfältigen Spektrums an Ärzten mit unterschiedlichen Interpretationen und Schwerpunktlegungen des Berufes, um eine flächendeckende und bestmögliche Versorgung der Gesellschaft und der Forschung mit Mediziner*innen zu ermöglichen.

6.3 „Feminisierung – Relevanz“

Für die Frage nach der Relevanz der Feminisierung sollten die Befragungsteilnehmer zunächst Stellung zum Thema „Geschlechterbalance“ beziehen und sich anschließend in verschiedene Perspektiven der Arzt-Patienten-Beziehung hineinversetzen und diese bewerten. Ziel der Fragen war es, Aufschluss über das Berufsverständnis der jetzigen und der angehenden Ärzteschaft zu geben, mit der Frage, ob es eine Art Idealbild zum Thema Diversität in der Medizin (siehe 2.3) gibt, das mit dem Trend zur Feminisierung im Widerspruch steht. In 6.3.3 soll unter Bezugnahme auf die Fragen 6. und 12. zur Geschlechterkonstellation das Verständnis der Studierenden und Ärzte zur Wichtigkeit des (eigenen) Geschlechts innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung analysiert werden.

6.3.1 Relevanz des Geschlechterverhältnisses in der Ärzteschaft

Frage 5. wurde in allen drei Teilnehmergruppen eindeutig beantwortet: Ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis innerhalb der Ärzteschaft wurde für „wichtig“ oder „sehr wichtig“ empfunden, Bewerb*innen war dies insgesamt häufiger sehr wichtig als Studierenden und Ärz*innen (siehe 5.7).

Diese Frage wurde in noch keiner uns bekannten Forschungspublikation gestellt und stellt somit ein neuartiges Untersuchungsergebnis dar. Auch wenn somit kein direkter Vergleich zu Ergebnissen anderer Studien gezogen werden kann, gibt es indirekte Hinweise auf einen möglichen Erklärungsansatz des Antwortverhaltens.

Eine höhere Arbeitszufriedenheit in einem geschlechterbalancierten Setting als persönlicher Erfahrungswert könnte zum Beispiel Einfluss auf die Beantwortung der Fragen genommen haben: Eine US-amerikanische Studie, die die Zufriedenheit einer randomisierten Stichprobe mit 1600 Angestellten mittels Telefoninterviews untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass Mitarbeiter eines geschlechterbalancierten Teams die zufriedenste Gruppe darstellten, während Gruppen mit hauptsächlich männlichen Mitarbeitern die unzufriedensten bildeten (Fields und Blum 1997). Das Antwortverhalten in Frage 5. könnte durch entsprechende persönliche Erfahrungen der Teilnehmer erklärt werden.

Es wurden allerdings auch abweichende Ergebnisse in einem britischen Review von sieben weiteren Studien der Jahre 1987 bis 1998 zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit veröffentlicht: Männer waren hier eher in männerreichen Teams zufrieden, Frauen empfanden interessan-

terweise tendenziell ebenfalls einen männerdominierten Arbeitsplatz als zufriedenstellender (Peccei und Lee 2005). Auf diesen Aspekt soll in 6.3.1 näher eingegangen werden. Einschränkung wäre hier zu bemerken, dass aktuellere Studien zu diesem Thema rar sind und die oben genannten Untersuchungen an unterschiedlichsten Betrieben und nicht speziell an medizinischen Arbeitsplätzen durchgeführt wurden.

Ebenfalls denkbar wäre ein Antwortverhalten aus einer ideologischen Überzeugung heraus oder im Sinne der sozialen Erwünschtheit (Porst 2014): Das Konzept der diversen Ärzteschaft oder ein diffuseres Bewusstsein für Diversität und Chancengleichheit könnte hier zur Beantwortung beigetragen haben. Das Konzept der Ärztediversität, welches in Boylans und Grants Artikel 2004 beschrieben (Boylan und Grant 2004), aber auch u.a. von der British Medical Association befürwortet wird, soll eine flächendeckende medizinische Versorgung der Gesellschaft gewährleisten (BMA Equal Opportunities Committee 2009). Eine Ärzteschaft, die in Bezug auf Ethnie, Rasse und Geschlecht die Gesellschaft widerspiegelt, kann auf deren Bedürfnisse am ehesten eingehen.

Weitere Erklärungsmöglichkeiten für dieses Antwortverhalten bieten die Ergebnisse aus 5.7.1, die den Zusammenhang der Ergebnisse aus 5.7 mit dem Geschlecht aufzeigen.

6.3.2 Geschlecht und Relevanz des Geschlechterverhältnisses

In 5.7.1 konnte gezeigt werden, dass es in der Gruppe der Bewerber und der Studierenden einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Geschlechtern gab: Frauen war es signifikant wichtiger als Männern, dass das Geschlechterverhältnis unter den praktizierenden Ärzten ausgewogen ist. Bei den Ärzten war es den Frauen weniger wichtig, dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Hierbei ist anzumerken, dass in der Befragungsgruppe der Bewerber und der Studierenden der Anteil an Frauen höher liegt, während dieses Verhältnis bei den Ärzten aufgrund der vorwiegend männlichen Ober- und Chefärzte umgekehrt ist.

Für das Phänomen, dass Frauen in den Frauen-dominierten Teilen der Kohorte ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis signifikant wichtiger finden, lassen sich in der Literatur Hinweise finden. An dieser Stelle wäre das oben genannte Review erwähnenswert: Es gibt Anzeichen dafür, dass Frauen sich in männerdominierten Arbeitsgruppen tendenziell wohler fühlen als in frauendominierten Gruppen (Peccei und Lee 2005). Frauen sind in einer solchen Gruppe womöglich auch gesünder: Eine Studie im Auftrag der „AFA-Insurance“ (schwedische Angestelltenversicherung) untersuchte 2279 der von ihnen versicherten Betriebe mit 50 bis 75 Angestellten in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Die Untersuchung erbrachte das Ergebnis, dass sich Frauen in männerdominierten Betrieben (weniger als 30% Frauen) weniger krankmeldeten als in Betrieben mit einem hohen Frauenanteil

(weniger als 30% Männer) (Nise et al. 2007). Auch wenn in dieser Studie nicht nach der Mitarbeiterzufriedenheit gefragt wurde, konnte in anderen Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der Zufriedenheit der Angestellten beschrieben werden (Faragher et al. 2005).

Dass vor allem in Befragungsgruppen mit einem hohen Frauenanteil signifikant mehr weibliche Befragte ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis befürworten, könnte von folgendem Aspekt mitbeeinflusst worden sein: Der Studien- bzw. Arbeitsplatz stellt für viele Akademiker mit stringentem Lebenszeitplan einen wichtigen Ort zur Partnerfindung dar. Besonders für Ärztinnen scheint es – im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen – schwierig, einen Partner zu finden (Jerg-Bretzke und Limbrecht 2012). So sei auch der Grund für Kinderlosigkeit bei 43% der Akademikerinnen zwischen 37 und 40 Jahren hauptsächlich der fehlende Partner aufgrund eines „engen Heiratsmarktes“ (Pötzsch 2005). Während Männer auch unterhalb ihrer sozialen Schicht heiraten würden, suchten akademische Frauen nach einem ähnlich situierten Mann (Haas 2009). Da die Mehrheit der Universitätsabsolventen zudem weltweit weiblich ist (OECD 2015), wird die Auswahl an potenziellen männlichen Partnern für Akademikerinnen zusätzlich eingeschränkt. Auch wenn vergleichbare Zahlen für Studierende und Bewerber nicht vorliegen, könnte für Frauen die spätere problematische Partnerfindung schon zu einem früheren Zeitpunkt ein präsenes Thema darstellen und das Antwortverhalten beeinflusst haben.

6.3.3 Relevanz des Arztgeschlechts für die Arzt-Patienten-Beziehung

Zum Thema „Relevanz der Feminisierung“ wurden die Befragungsteilnehmer auch gefragt, ob das Geschlecht des Arztes für das Vertrauensverhältnis zum Patienten relevant ist – einmal sollten die Befragten in der Rolle des Patienten (Frage 6) und einmal in der des Arztes urteilen (Frage 8).

6.3.3.1 Relevanz des Arztgeschlechts in der Rolle des Patienten

Aus der Patientenperspektive heraus empfanden 43% der Bewerber und Ärzte, und 52% der Studierenden das Geschlecht des Arztes als wichtig. Diese Zahlen sind vergleichbar mit denen einer US-amerikanischen Studie, in der Patienten zum präferierten Hausarztgeschlecht befragt wurden: 45% der Patienten bevorzugten hier ein bestimmtes Geschlecht (Fennema et al. 1990). Männliche und weibliche Teilnehmer dieser Befragung unterschieden sich in ihrer Antwort nicht signifikant.

In den Ergebnissen in 5.8.1 wurde deutlich, dass in allen drei Teilnehmergruppen Frauen das Arztgeschlecht im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe besonders wichtig fanden. Lässt man die Ergebnisse des Bewerberfragebogens aufgrund der hier abweichenden, offenen Fragestellung außer Acht, ergibt sich für Studentinnen und Ärztinnen ein Mittelwert

von fast 50%. Diese Zahl korrespondiert mit der in der Meta-Analyse von Tobler et al. errechneten Anteil von ca. 59% der knapp 15000 befragten Patientinnen, die ein bestimmtes Geschlecht (in den meisten Fällen eine Gynäkologin) bevorzugen würden (Tobler et al. 2016).

Für die männlichen Teilnehmer unserer Studie war vor allem im Fachbereich Urologie das Geschlecht des behandelnden Arztes von Bedeutung: Knapp 40% der männlichen Studenten und Ärzte fanden das Geschlecht hier wichtig. Diese Zahl liegt etwas höher als vergleichbare Studien aus Großbritannien und den USA, korrelieren jedoch mit Ergebnissen aus Israel. In einer britischen Studie lag die Zahl der Patienten, die ein bestimmtes Geschlecht in Bezug auf ihren behandelnden Urologen bevorzugten, bei 20% (Tempest et al. 2005). Bei Patienten mit schon diagnostizierter erektiler Dysfunktion (USA) war die Zahl ähnlich hoch: 43% wünschten sich in dieser Studie ein bestimmtes Therapeutengeschlecht (Carrejo et al. 2007). Dieses Ergebnis ist jedoch nur bedingt vergleichbar, da die erektile Dysfunktion wahrscheinlich schambehaftet ist und sich Patienten eher einen bestimmten, vor allem einen gleichgeschlechtlichen Behandler für die Therapie wünschen. Die Werte decken sich allerdings mit denen einer israelischen Studie, in der 43% der Befragten angaben, ein bestimmtes Geschlecht zu bevorzugen (Padela und Rodriguez del Pozo 2011).

Das Ergebnis unserer Befragung für den Bereich „persönliche und intime Fragethemen“, bei dem männlichen Studierenden das Arztgeschlecht wichtiger war als weiblichen, weicht von oben genannten Studien ab, in denen vor allem Frauen ein bestimmtes Geschlecht präferieren: Ein solches Phänomen wurde z.B. für den Bereich der Allgemeinmedizin (Fennema et al. 1990), der Urologie (Tempest et al. 2005) und in Bezug auf endoskopische Untersuchungen (Schneider et al. 2009; Varadarajulu et al. 2002) berichtet. Im Rahmen der Studie von Fennema et al. fiel jedoch auf, dass männliche Patienten für intime Untersuchungen im analen und genitalen Bereich häufiger als Frauen einen Arzt ihres eigenen Geschlechts präferierten, obgleich ihnen das Geschlecht des Hausarztes allgemein und im Vergleich zu den Frauen weniger wichtig war (Fennema et al. 1990). Es wäre also durchaus denkbar, dass für Männer die Art des Konsultationsanlasses eine Rolle spielt: Wird deutlich, dass es sich um persönliche oder intime Angelegenheiten oder Untersuchungen handelt, könnte dem männlichen Befragten die Wichtigkeit des Behandlergeschlechts bewusster werden als bei anderen Gesundheitsthemen.

Bei psychosomatischen/psychosozialen Problemen war auch hier den Studenten das Geschlecht wichtiger als den Studentinnen, wobei dieses Verhältnis bei den Ärzten umgekehrt war. Insgesamt lag das Ergebnis unterhalb des Wertes für „persönliche und intime Fragethemen“. In der Literatur gibt es widersprüchliche Aussagen dazu, ob weibliche und männliche Patienten von einem Psychotherapeuten eines bestimmten Geschlechts behandelt

werden möchten: Einige Studien erbrachten Hinweise zu geschlechtsdiskordanten, andere zu -konkordanten Präferenzen (Hersen et al. 1984). Diese Studien wurden jedoch hauptsächlich in den 1970er und 1980er Jahren durchgeführt, als es deutlich mehr männliche Therapeuten gab. Anhand der Studienergebnisse von Fang et al., in denen die Wahrscheinlichkeit, dass Ärzte häufiger Patienten ihres eigenen Geschlechts behandeln, errechnet wurde, lässt sich indirekt schließen, dass zumindest US-amerikanische Patienten im Zeitraum von 1995 bis 2000 wahrscheinlicher von einem Psychiater des eigenen Geschlechts behandelt werden (Fang et al. 2004). Insgesamt spielen in diesem Fachbereich die individuellen Erfahrungen und Vorlieben des Patienten eine bedeutende Rolle, weshalb es je nach Therapieansatz Sinn macht, die Präferenz des Patienten bewusst zu berücksichtigen. Unbestritten bleibt hierbei jedoch die Notwendigkeit eines Pools verschiedenartiger Therapeuten, um die Therapie auf den individuellen Patienten anzupassen, auch hinsichtlich des Geschlechts (Blow et al. 2008).

6.3.3.2 Relevanz des Arztgeschlechts in der Rolle des Arztes

In Frage 8 wurden die Teilnehmer befragt, wie wichtig das Geschlecht des Arztes der eigenen Erfahrung nach für das Vertrauensverhältnis zum Patienten sei. Bemerkenswerterweise fiel das Antwortverhalten in dieser Frage deutlicher in Richtung „nicht wichtig“ aus als noch in Frage 6, in der aus Sicht des Patienten beurteilt werden sollte. Als „wichtig“ und „sehr wichtig“ wurde das Geschlecht hier nur noch von insgesamt 44% der Studierenden (im Vergleich zu 52% in Frage 6) und von 32% der Ärzte eingestuft (42% in Frage 6).

Als häufigster Grund wurde im Freitext der Frage 8 von den Studierenden „intime Untersuchungen“ angegeben. Ärzte begründeten ihre positive Antwort am häufigsten damit, dass Patienten sich eher dem eigenen Geschlecht öffneten. Die aktuelle Studienlage gibt den Studierenden und den Ärzten in ihrer Einschätzung Recht: Bei der Durchführung intimer Untersuchungen wünschen sich viele Patienten einen Arzt eines bestimmten, häufig des eigenen Geschlechts. Diese Präferenz wurde beispielsweise in Bezug auf anale und genitale Untersuchungen durch den Hausarzt (Fennema et al. 1990), die gynäkologische (Tobler et al. 2016) und die urologische Behandlung (Carrejo et al. 2007; Amir et al. 2016) und endoskopische Untersuchungen (Schneider et al. 2009; Varadarajulu et al. 2002) beobachtet. Dass sich Patienten eher dem eigenen Geschlecht anvertrauen, geht auch aus dem Review von Sadhu et al. hervor, welches ergab, dass eine geschlechtskonkordante Arzt-Patienten-Konstellation sich allgemein als ungezwungener und angenehmer darstellt (Sandhu et al. 2009).

Als weiterer Grund wurde von den Befragten in diesem Zusammenhang die Psychotherapie genannt, in der das Geschlecht des Therapeuten wichtig sei. An dieser Stelle sei auf die in 6.3.3 erwähnte Literatur verwiesen. Häufig wurde hierbei im Freitext hinzugefügt, dass für die

Psychotherapie das weibliche Geschlecht aufgrund des empathischeren Charakters der Frau von den Patienten bevorzugt würde. Diese These wird durch eine US-amerikanische Studie gestützt, in der Therapeutinnen von ihren Patienten in Bezug auf Empathie positiver eingestuft wurden als ihre männlichen Kollegen (Bhati 2014). Aufgrund der niedrigen Fallzahlen zu männlichen Therapeuten ist die Aussagekraft dieser Studie jedoch eingeschränkt. Dass Frauen allgemein häufig einfühlsamer wahrgenommen werden, wurde schon vielfach in der Literatur im Rahmen der Ausübung des medizinischen Berufs (Kilminster et al. 2007) und auch schon für Medizinstudierende durch Evaluationen von Simulationspatienten (Berg et al. 2015) beschrieben. Dass Frauen oft empathischer wirken, liegt womöglich nicht nur an der subjektiven Wahrnehmung von Patienten und Simulationspatienten, sondern könnte in einer erhöhten Empathiefähigkeit von Frauen begründet sein. Zum einen gibt es Hinweise darauf, dass Ärztinnen, objektiv gemessen mithilfe der Jefferson Scale for Empathy of Physicians, höhere Werte für Empathie erlangen als Ärzte (Hojat et al. 2002), zum anderen scheint Empathie auch ein wichtigeres Motiv für Frauen zu sein, das Medizinstudium überhaupt aufzunehmen, als für Männer (Burghaus et al. 2013).

Unter den Antworten zur Begründung, warum das Arztgeschlecht eine Rolle spielt, wurde auch häufig eine Diskriminierung von Ärztinnen aufgrund ihres Geschlechts erwähnt: Ärztinnen würden von Patienten und Kollegen aufgrund ihres Geschlechts als weniger kompetent eingestuft. Diese Antworten wurden sowohl von Studierenden als auch von Ärzten gegeben. Auch wenn im Rahmen einiger Studien ein Zusammenhang der Arztwahl mit geschlechtsstereotypen Überzeugungen der Patienten aufgezeigt wurde, wirkte sich dieser jedoch nicht immer negativ auf Ärztinnen aus, oder war nur in Einzelfällen ausschlaggebend. Eine US-amerikanische Studie, die den Einfluss der „Männlichkeit“ auf die Arzt-Patienten-Beziehung von 546 männlichen Patienten untersuchte, zeigte beispielsweise, dass die Arztwahl von dem Stereotyp, dass Männer „kompetentere Ärzte“ seien, nur marginal beeinflusst wurde (Himmelstein und Sanchez 2016). Eventuell spielt hierbei auch der ethnische oder kulturelle Hintergrund der Patienten eine Rolle (Waseem und Ryan 2005). Eine Befragung von Hausarztpatienten beider Geschlechter ergab hingegen, dass sowohl weibliche als auch männliche Ärzte von Stereotypen in Hinblick auf die Arztwahl von Patienten profitieren oder benachteiligt werden: „Menschlichkeit“ wurde hier vor allem den Ärztinnen attribuiert, „technische Kompetenz“ aber auch eine von „Eile“ geprägte Arbeitsweise den Ärzten. In dieser Studie wurden Präferenzen für Männer wie auch Frauen geäußert, wobei es vor allem Frauen wichtig war, von einer Ärztin behandelt zu werden (Fennema et al. 1990). Es ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse dieser US-amerikanischen Studien sich nur bedingt auf die deutsche Gesellschaft anwenden lassen und in Deutschland Ärztinnen nach wie vor diskriminiert und als weniger kompetent wahrgenommen werden – laut unseren Befragten eher von älteren Patienten und zu Beginn einer Therapie. In Anbetracht der Entwicklung der me-

dizinischen Ärzteschaft wäre zu vermuten, dass eine erhöhte Sensibilität in Bezug auf die Diskriminierung von Frauen aus der Ära einer männerdominierten Medizin stammt und diese Sensibilität trotz eines sich umkehrenden Trends in Richtung Feminisierung weiterhin persistiert. Möglicherweise wird diese Wahrnehmung nicht nur durch ältere, von männlichen Ärzten geprägte Patienten, sondern auch durch die nach wie vor von Männern dominierten Leitungspositionen aufrechterhalten (Metaxa 2013). Aufgrund der Studienlage ist zumindest davon auszugehen, dass Ärztinnen wie Ärzte nicht vor Stereotypen gefeit sind, die sich positiv oder negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung oder ihre eigene Karriere auswirken können.

Häufigster Grund für die Kategorien „unwichtig“ und „sehr unwichtig“ war die Zweitrangigkeit des Geschlechts nach wichtigeren Attributen wie zum Beispiel der Kompetenz, des Charakters oder der Empathie des Arztes. Dass Kompetenz, Charakter und Empathie wichtigere Eigenschaften von Ärzten darstellen als das Geschlecht, lässt sich sowohl direkt als auch indirekt aus der Literatur ableiten. Zum einen geht aus einigen Studien direkt hervor, dass Patienten einen kompetenten Arzt des anderen Geschlechts einem weniger kompetenten Arzt des eigenen Geschlechts vorziehen (Waseem und Ryan 2005; Amir et al. 2016; Tempest et al. 2005). Indirekt geht aus anderen Untersuchungen hervor, dass von einem beträchtlichen Anteil der Patienten das Geschlecht des Arztes eine unwichtige Rolle spielt und somit andere Charakteristika von Bedeutung sein müssen, auch wenn die Patienten nicht direkt hierzu befragt wurden (Fang et al. 2004; Fennema et al. 1990; Tobler et al. 2016; Carrejo et al. 2007; Varadarajulu et al. 2002; Schneider et al. 2009).

In 5.9.3 wurden die Beantwortungen zu Frage 8 den jeweiligen Fachrichtungen der betreffenden Ärzte gegenübergestellt. In den Fachbereichen, in denen das Geschlecht für viele Patienten eine Rolle spielt, wie z.B. der Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie oder Psychiatrie (siehe hierzu 6.3.3.1), war bei den Ärzten kein klares Votum für die Wichtigkeit des Arztgeschlechts im eigenen Fachbereich zu erkennen. Aufgrund einer in dieser Hinsicht niedrigen Fallzahl ist dieses Ergebnis jedoch nicht aussagekräftig. Ob Ärzte in Fachbereichen, in denen das Geschlecht des Arztes für die Patienten besonders relevant ist, sich dieser Relevanz im Patientenumgang bewusst sind, wäre eine interessante Fragestellung für weiterführende Forschung.

6.3.3.3 Antwortverhalten und Berufsverständnis

Die Ergebnisse der Frage 6 und 8 haben gezeigt, dass die Befragungsteilnehmer die Relevanz des Arztgeschlechts aus Sicht des Patienten für wichtiger empfinden als in der eigenen Arztrolle.

Ein möglicher Erklärungsansatz für diese Diskrepanz geht aus den Ergebnissen aus 5.9.2 und 5.9.4 hervor.

Zum einen konnte mithilfe einer logistischen Regression gezeigt werden, dass für Befragte, denen das Arztgeschlecht in der Patientenrolle wichtig war (Frage 6), eine signifikante (Studierendengruppe) oder deutlich erhöhte (Ärztegruppe) Wahrscheinlichkeit besteht, das Geschlecht auch in der eigenen Arztrolle (Frage 8) als wichtig einzustufen. Es ist denkbar, dass Ärzte ihr eigenes Geschlecht in der Arztrolle aufgrund von Erfahrungen als Patient für wichtiger einstufen. Die Studienlage deutet jedoch darauf hin, dass ein Teil der Menschen allgemein Geschlechtseffekte sensibler wahrnimmt, die für andere keinerlei Bedeutung haben. So lässt sich erklären, dass in den oben aufgeführten Studien stets für einen Anteil der Befragten das Geschlecht überhaupt eine Rolle spielt.

Das von dieser Regression abweichende Antwortverhalten und die insgesamt überwiegend mit „unwichtig“ und „sehr unwichtig“ eingestufteten Antworten sind in Anbetracht der eindeutigen Studienlage um die Relevanz des Arztgeschlechts sehr eindrücklich. Hier könnte der Effekt der sozialen Erwünschtheit beim Antwortverhalten eine Rolle gespielt haben. Einen Hinweis darauf gibt es in der Charakteristik der Studierenden-Antworten: Die Kreuztabelle der Variablen „Semesteranzahl“ und „Wichtigkeit des Arztgeschlechts“ zeigt, dass die Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Antwortkategorien sich mit zunehmender Semesterzahl kaum unterscheiden (siehe Tabelle 17, 5.9.2). Trotz zunehmender klinischer Erfahrung im Laufe des Studiums (von der Vorklinik bis zum PJ) schätzten die Studierenden die Wichtigkeit des Geschlechts kaum anders ein. Es wäre anzunehmen, dass sich dieses Verständnis im Laufe des Studiums klarer differenziert, oder, wie Forschungsergebnisse suggerieren, mit steigender Semesterzahl sich die Antworttendenz zur Frage 8 mehr zu „wichtig“ hin verlagert. Dass dieser Effekt ausbleibt, legt nahe, dass ein übergeordnetes Berufsverständnis im Sinne einer für die Medizin sozialen Erwünschtheit das Antwortverhalten beeinflusst haben könnte. Im Sinne des Genfer Gelöbnisses (Bundesärztekammer 2015c) wird für die Professionalität im Arztberuf eine Geschlechtsneutralität diktiert: Das Geschlecht des Patienten darf das Handeln des Arztes – auch aufgrund seines eigenen Geschlechts – nicht beeinflussen. Die Folgerung, dass somit weder das Geschlecht des Arztes noch das Geschlecht des Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung eine Rolle spielen darf, ist jedoch ein Trugschluss. Selbst wenn von Seiten des Arztes Professionalität im Sinne einer Geschlechtsneutralität gefordert wird, so kann der Arzt diese Neutralität nicht vom Patienten einfordern, für den das Genfer Gelöbnis nicht gilt. Ganz im Gegenteil sollten Ärzte sich gerade aufgrund ihrer Professionalität ihres eigenen Geschlechts im Umgang mit Patienten bewusst sein.

Das Antwortverhalten zum Thema „Relevanz des Arztgeschlechts“ gibt also Aufschluss über das Berufsverständnis der Studierenden und Ärzte: Es findet vermutlich durch den Effekt der

sozialen Erwünschtheit aufgrund einer fehlverstandenen Geschlechtsneutralität des Arztberufes eine Unterschätzung des eigenen Geschlechts in der Arzt-Patienten-Beziehung statt. Der Wichtigkeit des eigenen Geschlechts sollte sich die Ärzteschaft aber aufgrund der in der Forschung vielfach aufgezeigten Geschlechtseffekte und berechtigten Präferenzen der Patienten bewusst werden, um eine bestmögliche, patientenfokussierte Therapie zu ermöglichen.

6.4 „Feminisierung – Auswirkungen“

Wie sich die Feminisierung auf die Arbeitswelt der Ärzteschaft zum Zeitpunkt der Befragung und prognostisch in Zukunft auswirkt, wurde in den Fragen 9, 10 und indirekt in Frage 11 erfragt. Die Ärzte bekamen zudem die Möglichkeit, in Frage 9 und 10 nachfolgenden offen gestellten Fragen eigene Bewertungen und Erlebnisse hinzuzufügen.

6.4.1 Feminisierung – jetzige Auswirkungen auf die Arbeitswelt

Ob der Trend zur Feminisierung der Medizin schon zum Zeitpunkt der Befragung Auswirkungen auf die Arbeit des Befragungsteilnehmers hat, wurde mithilfe einer dichotomen Frage erfasst. Diese wurde von den Ärzten mehrheitlich bejaht (über 57%).

Die herausgearbeiteten Themengebiete der offen formulierten Antworten (siehe 5.10.1) bezogen sich am häufigsten auf eine sich ändernde Zusammensetzung des Teams, in dem im Zuge der Feminisierung mehr Teilzeitarbeitende und ein wachsender Frauenanteil beobachtet wurden. Diese Beobachtung in den jeweiligen Fachbereichen der UMG deckt sich mit einem deutschlandweiten und auch weltweiten Trend. Wie das Bundesamt für Statistik zeigt, ist der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Fachkräfte kontinuierlich gestiegen (Statistisches Bundesamt 2011). Dieser Trend zur Teilzeitarbeit ist direkt auf den wachsenden Frauenanteil unter Ärzten zurückzuführen: 10 Jahre nach Abschluss des Studiums arbeiteten 40% der Frauen einer Medizinabsolventenkohorte von 2001 in Teilzeit, im Vergleich hierzu nur 3% der Männer (Schwarzer und Fabian 2012). Die Perspektive Teilzeitarbeit ist hierbei schon für Medizinstudentinnen ein wichtiger Bestandteil ihrer Zukunftsplanung: In einer bundesweiten Umfrage wurden 12518 Medizinstudierende zu ihren Berufsperspektiven und Facharztwünschen befragt. Einem überwiegenden Anteil von 77,2% der Studentinnen (verglichen mit 32,1% der Studenten) war hier eine zukünftige Teilzeitanstellung wichtig (Jacob et al. 2012). Dieser Trend spielt unter anderem in den gegenwärtigen Ärztemangel hinein: Das geleistete Arbeitsvolumen pro Woche könne selbst nicht durch die insgesamt ansteigende Anzahl an Ärzten ausgeglichen werden (Bundesärztekammer 2009). Ein niedrigeres Arbeitsvolumen ist auch in anderen OECD-Ländern beschrieben worden (Simoens und Hurst 2006), sodass z.B. in den Niederlanden für die Bedarfsplanung schon von vornherein bei Ärztinnen mit einem niedrigeren Arbeitsvolumen, welches weniger als 75% des Arbeitsvo-

lumen der Männer beträgt, gerechnet wird (Kopetsch 2010). Ein weiterer Anstieg an Ärztinnen würde daher laut den OECD Health Working Papers zu einem weiteren Anstieg des Ärztemangel führen (Simoens und Hurst 2006).

Das Thema Teilzeitarbeit ist in unserer Befragung negativ konnotiert, was das am zweithäufigsten in den offenen Antworten angesprochene Themengebiet aufzeigt: Es wurde von vermehrten Arbeitsausfällen durch Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit des wachsenden Frauenanteils berichtet. Die anfallenden Dienste und die Arbeitsausfälle würden durch männliche und kinderlose Kollegen ausgeglichen werden, was zu einer negativen Arbeitsatmosphäre beitrage. Gleichzeitig beklagten Schwangere und Mütter, dass sie aufgrund ihrer Familienplanung von den Kollegen zu Unrecht kritisiert würden.

In den offenen Antworten wurde auch eine abnehmende Berufsvielfalt kritisiert, die als Folge der Feminisierung eintreten würde: So würde es schwierig, Patientenwünsche nach einem bestimmten Geschlecht des Behandlers nachzukommen (siehe hierzu auch 6.3.3.1), zum anderen ginge aufgrund der vermehrten Teilzeitarbeit Kapazitäten für Spezialisierungen und Forschung verloren. Dass die Feminisierung einen wichtiger Faktor in der sogenannten „Krise der akademischen Medizin“ darstellt, zu der beispielsweise die medizinischen Wissenschaft und Forschung gezählt werden, wurde schon von der „International Campaign to Revitalize Academic Medicine“ beschrieben (Awasthi 2005). Der Grund hierfür wurde auch in den Antworten unserer Befragung deutlich: Das Interesse für Forschung sei oft nicht vorhanden, da die Familienvereinbarkeit des Berufes für Frauen häufig einen wichtigeren Stellenwert einnimmt als Forschung und Karriere. Die Bundesärztekammer schlug Umstrukturierungen von Forschungsarbeit vor, um Frauen durch familienfreundlichere Arbeitsbedingungen für die Wissenschaft zu gewinnen.

Zum Thema Forschung sei an dieser Stelle noch einmal auf das Thema Auswahlverfahren hingewiesen: Ein weiterer Vorschlag der Bundesärztekammer sieht vor, dass dieses umgestellt werden müsse, da die Schwerpunktsetzung auf die Abiturnote nicht genügend forschungsinteressierte Studierende auswählen würde (Bundesärztekammer 2013).

In weiteren Freitexten unserer Befragung wurde beklagt, dass trotz Feminisierung hauptsächlich Männer in den Führungspositionen vertreten seien. Dem gegenüber steht die oben angeführte Beobachtung, dass es bei Ärztinnen an Interesse für eine Karrierelaufbahn häufig mangle. Auch in „familienunfreundlichen“ Fachbereichen wie der Chirurgie sei es schwierig, Nachwuchs zu finden. Tatsächlich lässt sich auch in der Literatur eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach einer verbesserten Familienvereinbarkeit des Arztberufes einerseits und dem Beklagen einer sogenannten „glass ceiling – gläsernen Decke“ für Frauen in Leitungspositionen andererseits finden. So wird berichtet, dass Frauen andere Vorstellungen und Erwartungen vom Arztberuf haben, mit einem stärkeren Wunsch nach Teilzeit, einer Arbeit an

einem kleineren Krankenhaus, besserer Work-Life-Balance und einem geringeren Interesse an einer Spezialisierung, Chirurgie oder einer Karriere als Männer (Gedrose et al. 2012; Buddeberg-Fischer et al. 2010; Hibbeler und Korzilius 2008; Klima et al. 2015). Gleichzeitig wird eine mangelnde Chancengleichheit in der Medizin beklagt: Häufig stünde nur kinderlosen Frauen der Karriereweg offen (Tappeser 2012; Jerg-Bretzke und Limbrecht 2012), Frauen hätten weniger Aussichten auf höhere Positionen (Metaxa 2013; Wright et al. 2003; Zhuge et al. 2011), Frauen hätten es zudem schwerer, ihrer Verantwortung in einem traditionellen Familienmodell und ihrem Beruf zugleich nachzukommen. Hier fällt das Stichwort *leaky pipeline*: Ärztinnen gehen nach Familiengründung der Medizin verloren, da ein Wiedereinstieg in den Beruf sich als schwierig gestaltet (Jerg-Bretzke und Limbrecht 2012; Bundesärztekammer 2013; Rochon et al. 2016). Dieser Verlust beträgt laut einer Studie der Bundesärztekammer 10% der Ärztinnen (Kopetsch 2010). Es ist folglich schwer zu differenzieren, ob die mangelnde Vertretung von Frauen in höheren Positionen einem geringen Karriereinteresse und dem gesteigerten Wunsch einer Worklifebalance geschuldet ist, oder ob zeitgleich dennoch schlechtere Aussichten für Frauen mit dem Wunsch nach Karriere bestehen.

Einig sind sich Politik und medizinische Interessensvertreter dennoch darin, dass Handlungsbedarf darin besteht, Frauen nach der Familienzeit wieder in den Beruf einzugliedern (Bundesärztekammer 2013; Jerg-Bretzke und Limbrecht 2012; Tappeser 2012). Dieser Wunsch nach einer Anpassung der Arbeitsstrukturen an den wachsenden Frauenanteil unter den Ärzten mit beispielsweise mehr Teilzeitmodellen und einer Anpassung des Schichtsystems geht auch aus den Antworten der Teilnehmer dieser Befragung hervor – nicht nur um Ärztinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erleichtern, sondern auch um eine Überbelastung von kinderlosen und männlichen Ärzten zu vermeiden.

Die überwiegend negativen Aussagen zu dem Trend der Feminisierung macht die Wichtigkeit des Handlungsbedarfs deutlich.

6.4.2 Feminisierung – zukünftige Auswirkungen auf die Arbeitswelt

Wie sich der Trend zur Feminisierung der Medizin in Zukunft auf die Arbeitswelt der Ärzte auswirken könnte, wurde direkt in Frage 10 erfragt. Zusätzliche Auswirkungen zu denen, die in Frage 9 beschrieben wurden, erwarteten die Ärzte hier jedoch nicht. Indirekt lassen sich Rückschlüsse auf mögliche Engpässe in bestimmten Fachbereichen der Medizin über Frage 10 ziehen, die an die Studierenden gerichtet war. Beliebte Facharzttrichtungen unter den Studierenden und in Korrelation mit Fachsemester und Geschlecht sind in Tabellen 25-28, 5.12.2 aufgeführt.

Aus den Ergebnissen dieser Studie lässt sich aufgrund der geringen Fallzahlen der PJ-Studierenden und ihrer Facharztwünsche nicht ableiten, ob ein Ärztemangel sich in männer-

dominierten Fachbereichen wie der Chirurgie (Blum und Löffert 2010) aufgrund Feminisierung prognostisch verschlechtern könnte. Die Rankingergebnisse aus 5.12.2 stimmen jedoch mit aktuellen Ergebnissen der Literatur überein, worin Studierende und junge Ärzte aufgrund eines weniger erfüllenden und schlechter bezahlten Berufs einen höheren Wert auf einen kontrollierbaren „Lifestyle“ legen, und sich daher entsprechende Fachbereiche aussuchen. Besonders Fachbereiche, die eine vom Berufsleben stark eingeschränkte Alltags- bzw. Freizeitgestaltung implizieren, wie z.B. Innere Medizin und Chirurgie, würden hierbei unbeliebter. Aufgrund der Aufhebung des traditionellen Rollenmodells mit dem „Mann als Verdiener der Familie“, würde der Faktor „Lifestyle“ auch für Männer zunehmend wichtiger (Dorsey et al. 2005; Lambert und Holmboe 2005). Dieses Phänomen wurde nicht nur für die USA, sondern auch für Deutschland im Rahmen einer der Studie von Jacob et al. beschrieben: Auch hier verloren zunächst beliebte Fächer wie Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Kinder- und Jugendmedizin im Laufe des Studiums bis zu 50% der Interessenten (Jacob et al. 2012).

6.5 Stärken und Schwächen der eigenen Untersuchung

Die von uns gewählte Form der elektronischen Befragung hat den Vorteil, dass eine große Stichprobe zeitgleich erreicht werden kann und für die Teilnehmer die Beantwortung flexibel durchführbar war. Ein weiterer ökonomischer Vorteil entsteht durch die kostengünstige Durchführung und die effiziente elektronische Weiterbearbeitung.

Die offenen Fragen 2 und 6 im Bewerberfragebogen wurden nicht durch eine vorgegebene Ausformulierung gelenkt und gestatteten deshalb, repräsentative Antwortkategorien für die folgenden Fragebögen zu entwickeln. Antworten zu Frage 2 und 6 der Studierenden- und Ärztefragebögen konnten so effizienter analysiert und statistisch vergleichbar gemacht werden. Auch die offenen Fragen in Bezug auf Erfahrungen mit Chancengleichheit im Auswahlverfahren und den Auswirkungen der Feminisierung wurden von einem hohen Anteil an Studierenden und Ärzten genutzt, um persönliche Erfahrungen zu schildern. Die offenen Fragen und wiederkehrenden Freitext-Optionen unseres Fragebogens ermöglichten eine größtmögliche Informationserfassung zu einer bisher noch nicht erforschten Fragestellung

Allgemein ist bei der elektronischen Befragung jedoch nicht sicher von einer repräsentativen Stichprobe auszugehen, da die Teilnahme je nach persönlichem Interesse durch den Titel oder das Medium der Befragung beeinflusst sein kann. Es könnte also zu einer Rekrutierung von Teilnehmern mit „Extrempositionen“ gekommen sein, die dieses Thema besonders angesprochen hat. Im Rahmen der Studiendurchführung ist es zudem nicht zum Versand einer zweiten Erinnerungs-Email an die Gruppe der Studierenden gekommen, sodass nur Ärzte in einem zweiten Durchlauf eine zusätzliche Möglichkeit bekamen, an der Befragung teilzunehmen. Die Rekrutierung dieser zwei Befragungsgruppen ist somit unterschiedlich vollzogen worden und könnte die Zusammensetzung der Teilnehmergruppen beeinflusst haben. In

Bezug auf PJ-ler und bestimmte Fachbereichsgruppen konnten vergleichsweise nur wenige Teilnehmer rekrutiert werden, was z.B. die Interpretation der Ergebnisse in 5.9.3 einschränkte.

Unsere Studie erreichte nur Studienbewerber, Studierende und Ärzte der UMG, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass Erfahrungen in Bezug auf das Auswahlverfahren und den Feminisierungsprozess nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Studierenden- und Ärzteschaft unserer Gesellschaft sind.

Die Rücklaufquote von 25,4% der Studierenden liegt unter vergleichbaren Arbeiten des Instituts für Allgemeinmedizin Göttingen, wo von Rücklaufquoten von 32% berichtet wird (Hilbert). Mithilfe von Papier-Fragebögen, die im Anschluss von universitärem Unterricht verteilt wurden, konnten sogar Quoten von 54% erzielt werden (Kremer). Diese Art der Befragung war jedoch aufgrund der großen Gesamtstichprobe, die auch Ärzte enthielt, für unsere Studie nicht umsetzbar. Die etwas geringer ausfallende Quote der Studierendengruppe unserer Befragung könnte auch damit erklärt werden, dass die zweite Erinnerungsemail für die Studierendengruppe nicht versandt wurde.

Durch den von uns gewählten Ablauf, aus den Freitextantworten der Bewerber für die Fragen 2 und 6 Antwortkategorien für den Studierenden- und Ärztefragebogen zu generieren, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Bewerberfragebogens mit den anderen zwei Fragebögen in Bezug auf Fragen 2 und 6 eingeschränkt. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die aus den Bewerber-Freitexten generierten Antwortkategorien nicht auf das Antwortverhalten der Studierenden und Ärzte zugeschnitten waren und Ärzte und Studierende sich nicht mit diesen Antwortkategorien identifizieren konnten. Dieses Risiko wurde abgeschwächt, indem die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ hinzugefügt wurde, an der Ärzte und Studierende auch eine von den vorverfassten Antwortkategorien abweichende Antwort als Freitext formulieren konnten.

Dadurch, dass ein klassischer Standardbeobachtungspretest in unserer Befragung nur indirekt mithilfe des Bewerberfragebogens durchgeführt wurde, hat nur eine begrenzte Korrektur der Verständlichkeit der Fragen stattgefunden. Zwar konnten Rückmeldungen der Bewerber für die Umschreibung der offenen in geschlossene Fragen berücksichtigt werden, jedoch deutete sich in Bezug auf Frage 3 und 4 erst in einigen Rückmeldungen der Ärzte und Studierenden an, dass diese Fragen möglicherweise nicht eindeutig gestellt wurden. Kognitive Pretestinterviews hätten an dieser Stelle mehr Klarheit zum Fragenverständnis schaffen können (Porst 2014).

Im Teil „Ursachen der Feminisierung“ wurde der Schwerpunkt dieser Arbeit auf die „Rekrutierung“ der Ärzte gelegt, mit einer genaueren Betrachtung der Auswahlverfahren für das Medi-

zinstudium und ihrer Folgen. Auch wenn in der Literatur einige Hauptursachen für diesen Trend identifiziert wurden (siehe 2.1), ist dennoch die Entstehung der Feminisierung multifaktoriell und komplex. Eine Bearbeitung aller Faktoren konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden.

Eine Schwäche der Studie zeigt sich in Frage 6 und 8, in der zwar nach der Relevanz des Geschlechts gefragt wurde, die Teilnehmer jedoch anschließend eine persönliche Geschlechtspräferenz zu den verschiedenen Szenarios dieser Fragen nicht angeben konnten. In dieser Arbeit war es vorrangig wichtig, die Relevanz des Geschlechts allgemein zu erfragen. Da es zum Thema Geschlechtspräferenzen von Patienten in Deutschland bisher kaum Literatur veröffentlicht wurde, hätte durch eine präzisere Fragestellung diese Lücke geschlossen werden können.

Es handelt sich bei dieser Befragung um eine Querschnittstudie, insofern sind „longitudinale“ Rückschlüsse wie in 6.3.3, dass Studierende im Laufe ihres Studiums ihre Meinung zum Arztgeschlecht kaum verändern, nur eingeschränkt möglich.

6.6 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass Bewerber, Studierende und Ärzte dem Trend der Feminisierung in Bezug auf Ursachen, Relevanz für den Arztberuf und Auswirkungen in weiten Teilen kritisch gegenüberstehen.

Ursachen der Feminisierung

Das aktuelle Auswahlverfahren an der UMG, das weibliche Medizinstudierende eventuell bevorzugt, wird von den Teilnehmern unserer Befragung zu weiten Teilen abgelehnt: Die starke Gewichtung der Abiturnote im jetzigen Auswahlverfahren soll zugunsten von anderen Auswahlkriterien, die mit klinischen Kompetenzen in Verbindung gebracht werden, verlassen werden. Die Bedeutung eines fairen Auswahlverfahrens als wichtiges Instrument für die Entstehung einer diversen Ärzteschaft, auch in Hinblick auf eine Chancengleichheit der Geschlechter, wird an dieser Stelle deutlich.

Relevanz der Feminisierung

Das Thema Feminisierung ist für Bewerber, Studierende und Ärzte relevant: Die Mehrheit der Befragten wünscht sich eine ausgewogene Geschlechterverteilung innerhalb der Ärzteschaft. Die Relevanz des Geschlechts für die Ausübung des Berufes wird hingegen ambivalent bewertet. Die Befragten empfinden ihr eigenes Geschlecht in der Arztrolle für weniger wichtig als sie es aus der Perspektive des Patienten bewerten würden. An dieser Stelle besteht für die Ärzteschaft Aufklärungsbedarf in Bezug auf die Relevanz des eigenen Geschlechts innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung. Inwieweit sich insbesondere Ärzte der Fachrichtun-

gen, in denen der Patient dem Arztgeschlecht eine besondere Bedeutung beimisst, dieser Relevanz bewusst sind, wäre eine interessante Fragestellung für weitergehende Forschung.

Auswirkungen der Feminisierung

Vor allem in Bezug auf die Auswirkungen ist für einen Großteil der Ärzteschaft die Feminisierung aktuell negativ konnotiert: Noch unzureichend ist die Medizin in ihrer Struktur auf den Trend vorbereitet: Frauen arbeiten weit häufiger als Männer in Teilzeit und stellen zudem einen wachsenden Anteil der Belegschaft dar, was sich in der Arbeitsorganisation bemerkbar macht und häufig zu Engpässen führt. Vor allem männliche und kinderlose Ärzte haben hier das Nachsehen. Auch scheint es Nachwuchsmangel in „familienunfreundlichen“ Fachbereichen und in der Forschung zu geben, die für Frauen weniger attraktiv erscheinen. Der Frauenüberschuss setzt sich nicht bis in die Leitungspositionen fort, was für weiterbestehend unzureichende Karrierechancen für Frauen spricht, aber sich auch mit Studienergebnissen deckt, dass Frauen tendenziell weniger an einer Karriere interessiert sind als Männer. An dieser Stelle besteht Handlungsbedarf, Frauen für eine Karrierelaufbahn zu gewinnen.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Feminisierung der Medizin, die sich durch einen wachsenden Anteil an Ärztinnen auszeichnet, wird in medizinischen Gremien, der Politik und in den Nachrichten vor allem in Hinblick auf eine Mitverursachung des Ärztemangels vielfach diskutiert. Es gibt jedoch bisher keine Kenntnisse darüber, wie angehende und jetzige Ärzte zu diesem Trend stehen.

Fragestellung: Studienbewerber, Medizinstudierende und Ärzte sollten zu Ursachen, Relevanz und Auswirkungen des Trends Stellung beziehen: Wie wird diesbezüglich das derzeitige Auswahlverfahren für Studienbewerber an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) bewertet? Ist das Thema Feminisierung für den Arztberuf von Relevanz? Welche Erfahrungen und Einschätzungen zu den Auswirkungen des Trends bestehen?

Methode: Eine Gesamtstichprobe von 3813 Personen wurde an der UMG im Rahmen einer Querschnittsstudie mithilfe eines elektronischen Befragungsbogens, der per Email versandt wurde, zu den drei Themenkomplexen Ursachen, Relevanz und Auswirkungen befragt. Insgesamt 181 Studienbewerber für das Wintersemester 2014, 590 Medizinstudierende und 225 Ärzte nahmen an der Befragung teil. Die Antworten wurden mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 22 ausgewertet. Freitextantworten wurden nach dem Schema der „Basiswissengeleiteten offenen Kategorienfindung“ (BoK) nach Werner Früh qualitativ ausgewertet, kategorisiert und für die statistische Auswertung kodiert.

Ergebnisse: In Bezug auf das Auswahlverfahren befürwortete die Mehrheit der Befragten eine geringere Gewichtung der Abiturnote von maximal 20-50%. Andere Auswahlkriterien wie eine abgeschlossene medizinische Ausbildung, Auswahlgespräche, Studierfähigkeitstests und praktische und soziale Fähigkeiten waren für die Befragten wichtiger. Hier bestanden zum Teil signifikante Zusammenhänge mit dem Geschlecht der Teilnehmer oder der Abiturnote der Bewerbergruppe. Ein ebenfalls eindeutiges Ergebnis ergab die Frage nach einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis unter den Ärzten: 77% der Bewerber, 68% der Studierenden und 61% der Ärzte werteten dies als wichtig oder sehr wichtig. Dieses Ergebnis korrelierte bei Studierenden und Bewerbern signifikant mit dem weiblichen Geschlecht. Das Geschlecht des Arztes wurde von 43% der Bewerber und Ärzte und von 52% der Studierenden als relevant empfunden, wenn diese selbst die Rolle des Patienten einnahmen. Wurden die Befragten gebeten, die Relevanz ihres Geschlechts in der eigenen Arztrolle zu beurteilen, ging die Antworttendenz hier zu „unwichtig“. In Freitexten wurden andere Eigenschaften des Arztes hervorgehoben, die wichtiger als das Geschlecht seien. Zum Thema Auswirkungen wurde von der Mehrheit der Befragten bestätigt, dass die Feminisierung Auswirkungen auf den Arbeitsplatz habe. Auswirkungen betrafen unter anderem das Thema Teilzeitarbeit und

Arbeitsorganisation sowie die Berufsvielfalt. Die Kommentare wurden hierbei mehrheitlich als negativ eingestuft.

Schlussfolgerungen: Die Feminisierung wurde von den Befragten in weiten Teilen kritisch betrachtet. Das Auswahlverfahren der UMG, welches zu den Hauptfaktoren der Entstehung des Trends zählt, fand in der derzeitigen Form wenig Unterstützung. Die Befragten empfinden das Geschlecht als für den Beruf relevant und befürworten eine diverse Ärzteschaft. Die Rolle des eigenen Geschlechts wird jedoch für die Berufsausübung unterschätzt. Hier besteht Aufklärungsbedarf. Die zum größten Teil negativen Kommentare in Bezug auf die Auswirkungen der Feminisierung zeigen, dass Handlungsbedarf besteht, um die derzeitigen Arbeitsstrukturen an den Trend anzupassen.

Abstract

Laurence, Dorothea Silvia

How do medical school applicants, medical students and doctors view the feminisation of medicine?

Background: The feminisation of medicine, which is characterised by a growing proportion of female doctors, is a current topic of discussion in medical committees, politics and the news, mainly because this trend is a contributing factor to the present lack of doctors in the German medical system. However, there has been to date no systematic survey of the viewpoint of present and future doctors on this matter.

Objective: Applicants, medical students and doctors were surveyed on causes, relevance and impact of the feminisation trend. Questions of interest included the following. Concerning the feminisation trend, how do participants rate the current selection process of the medical school in Göttingen (Universitätsmedizin Göttingen, UMG)? Is the trend of feminisation of relevance to the medical profession? What are participants' experiences and evaluations on this topic?

Methods: Of a total sample of 3813 people, 181 applicants for the winter term 2014, 590 medical students and 225 doctors of the UMG participated in this cross-sectional electronic questionnaire, inquiring about the aforementioned topics. The answers were analysed by means of the statistics program IBM SPSS Statistics 22. Open answers were qualitatively evaluated and categorised using the "Basiswissengeleitete offene Kategorienfindung"

(Werner Früh, technique of categorization led through basic knowledge) and coded for statistic analysis.

Results: The majority of the participants favoured a lessened emphasis on Abitur grades in the selection process, with a maximum of 20-50% of the selection score generally considered appropriate. Other selection criteria, such as a completed medical apprenticeship, interviews, medical admission tests and practical and social skills were considered more important by the respondents. Significant correlations of the selection criteria were found relating to the gender of the participant or, in the case of the applicants, their Abitur grade. Additionally, a clearly positive verdict was reached on the question of a balanced gender-ratio among the doctors: 77% of applicants, 68% of students and 61% of doctors rated this as important or very important. The result from the student and applicant groups correlated significantly with female gender. When in the position of being a patient, the doctor's gender was found to be relevant by 43% of applicants and doctors and 52% of the students; when respondents were asked to evaluate the relevance of their own gender when in the position of the doctor, the tendency was shifted more towards "unimportant". In open answers the participants rated other doctor characteristics such as competence and empathy as more important than gender. The majority of the respondents opined that the feminisation had had an impact on their workplace: particular factors included part-time work, work-related organisation and the diversity of the medical profession. Commentaries were mostly categorised as negative.

Conclusions: The feminisation was mostly viewed critically by the participants of this study. The current selection process of the UMG, which largely contributes to this trend, found little support. The respondents evaluated gender as being relevant for the medical profession and favoured a diverse workforce. However, the significance of one's own gender in medical practice was underrated in comparison, implying a need for more awareness. The mainly negative comments concerning the impact of feminisation shows the need for action to adapt the current medical work practices to address this trend.

8. Literaturverzeichnis

- Alers M, van Leerdam L, Dielissen P, Lagro-Janssen A (2014): Gendered specialities during medical education: a literature review. *Perspect Med Educ* 3, 163–178
- Amir H, Beri A, Yechiely R, Amir Levy Y, Shimonov M, Groutz A (2016): Do urology male patients prefer same-gender urologist? *Am J Mens Health*, 1–5
- Awasthi S: *The future of academic medicine: Five scenarios to 2025*; Milbank Memorial Fund, New York 2005
- Beerheide R, Schlitt R (2016): Frauen in der Medizin: Viele Optionen, selten Karriere. *Dtsch Arztebl* 113, 962–964
- Benbassat J, Baumal R (2007): Uncertainties in the selection of applicants for medical school. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 12, 509–521
- Beran MS, Cunningham W, Landon BE, Wilson IB, Wong MD (2007): Clinician gender is more important than gender concordance in quality of HIV care. *Gend Med* 4, 72–84
- Berg K, Blatt B, Lopreiato J, Jung J, Schaeffer A, Heil D, Owens T, Carter-Nolan PL, Berg D, Veloski J et al. (2015): Standardized patient assessment of medical student empathy: ethnicity and gender effects in a multi-institutional study. *Acad Med* 90, 105–111
- Bhati KS (2014): Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: an exploratory analysis. *Psychol Rep* 115, 565–583
- Bloor K, Freemantle N, Maynard A (2008): Gender and variation in activity rates of hospital consultants. *J R Soc Med* 101, 27–33
- Blow AJ, Timm TM, Cox R (2008): The role of the therapist in therapeutic change: Does therapist gender matter? *J Fem Fam Ther* 20, 66–86
- Boylan M, Grant RE (2004): Diversity and professional excellence. *J Natl Med Assoc* 96, 1354–1362
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Haemmig O, Knecht M, Klaghofer R (2010): The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res* 10, 40
- Burd ID, Nevadunsky N, Bachmann G (2006): Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med* 3, 194–200
- Burghaus D, Pfeleiderer B, Kappes K, Heue M, Kindler-Röhrborn A, Becker JC: *Warum Medizin studieren? Analyse der Beweggründe von Studierenden, ein Medizinstudium aufzunehmen*; German Medical Science GMS Publishing House, Düsseldorf 2013
- Carrejo MH, Balla DJ, Tan RS (2007): Preference for gender of health care provider in management of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 19, 474–479
- Chan KS, Bird CE, Weiss R, Duan N, Meredith LS, Sherbourne CD (2006): Does patient-provider gender concordance affect mental health care received by primary care patients with major depression? *Womens Health Issues* 16, 122–132
- Chue P (2006): The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol* 20, 38–56
- Cornwell C, Mustard DB, van Parys J: *Non-cognitive skills and the gender disparities in test scores and teacher assessments: Evidence from primary school (Discussion paper series / Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit 5973)*; IZA, Bonn 2011
- Dahlin M, Söderberg S, Holm U, Nilsson I, Farnebo L (2012): Comparison of communication skills between medical students admitted after interviews or on academic merits. *BMC Med Educ* 12, 46
- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW (2005): The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Acad Med* 80, 791–796
- Fang MC, McCarthy EP, Singer DE (2004): Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *Am J Med* 117, 575–581
- Faragher EB, Cass M, Cooper CL (2005): The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 62, 105–112

- Felix H, Laird J, Ennulat C, Donkers K, Garrubba C, Hawkins S, Hertweck M (2012): Holistic admissions process: an initiative to support diversity in medical education. *J Physician Assist Educ* 23, 21–27
- Fennema K, Meyer DL, Owen N (1990): Sex of physician: patients' preferences and stereotypes. *J Fam Pract* 30, 441–446
- Fields DL, Blum TC (1997): Employee satisfaction in work groups with different gender composition. *J Fem Fam Ther* 18, 181–196
- Früh W: Kategorienexploration bei der Inhaltsanalyse. Basiswissengeleitete offene Kategorienfindung (BoK): Inhaltsanalyse: Perspektiven, Probleme, Potentiale; hrsg. v. Wirth W, Lauf E: Herbert von Halem Verlag. Köln 2001, 117–139
- Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra B, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K et al. (2012): Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen?: Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. *Dtsch Med Wochenschr* 137, 1242–1247
- Geirsson M, Hensing G, Spak F (2009): Does gender matter? A vignette study of general practitioners' management skills in handling patients with alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol* 44, 620–625
- Greenhalgh T, Seyan K, Boynton P (2004): "Not a university type": Focus group study of social class, ethnic, and sex differences in school pupils' perceptions about medical school. *BMJ* 328, 1541
- Haboubi NHJ, Lincoln N (2003): Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 25, 291–296
- Hall JA, Roter DL (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? *Patient Educ Couns* 48, 217–224
- Hampe W, Hissbach J, Kadmon M, Kadmon G, Klusmann D, Scheutzel P (2009): Wer wird ein guter Arzt? Verfahren zur Auswahl von Studierenden der Human- und Zahnmedizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52, 821–830
- Hampe W, Klusmann D, Buhk H, Münch-Harrach D, Harendza S (2008): Reduzierbarkeit der Abbrecherquote im Humanmedizinstudium durch das Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge - Naturwissenschaftsteil (HAM-Nat). *GMS J Med Educ* 25, 82
- Hänggen KD, Spicher B (2002): Numerus clausus: Finden wir mit dem "Eignungstest für das Medizinstudium" die Geeigneten? *Schweiz Arzteztg*, 1653–1660
- Hartley BL, Sutton RM (2013): A stereotype threat account of boys' academic underachievement. *Child Dev* 84, 1716–1733
- Hersen M, Michelson L, Bellack AS (eds.) (1984): *Issues in psychotherapy research (Applied Clinical Psychology)*; Springer US, Boston, MA, s.l. 1984
- Hibbeler B, Korzilius H (2008): Die Medizin wird weiblich. *Dtsch Arztebl* 105, A 609–6012
- Hilbert N: Negativer Rückblick oder positive Aussicht?: Eine Online-Befragung Studierender der Medizin über ihre Erfahrungen während des Studiums. *Med. Diss. Göttingen* 2012
- Himmelstein MS, Sanchez DT (2016): Masculinity in the doctor's office: masculinity, gendered doctor preference and doctor-patient communication. *Prev Med* 84, 34–40
- Hinchliff S, Gott M, Galena E (2009): GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. *Eur J Gen Pract* 10, 56–60
- Hissbach J, Feddersen L, Sehner S, Hampe W (2012): Eignung von HAM-Nat und TMS-Modul "Medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis" für die Studienbewerberauswahl in der Medizin. *GMS J Med Educ* 29, 72
- Hofhansl A, Horn W, Kainberger F, Zlabinger G, Rieder A (2015): "To be a good doctor": how are medical students prepared for the future. *Wien Med Wochenschr* 165, 83–85
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M (2002): Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 159, 1563–1569
- Holge-Hazelton B, Malterud K (2009): Gender in medicine – does it matter? *Scand J Public Health* 37, 139–145

- Jerg-Bretzke L, Limbrecht K (2012): Where have they gone? – A discussion on the balancing act of female doctors between work and family. *GMS J Med Educ* 29, Doc19
- Johnson LA, Caldwell BE (2011): Race, Gender, and Therapist Confidence: Effects on Satisfaction With the Therapeutic Relationship in MFT. *Am J Fam Ther* 39, 307–324
- Kadmon G, Kadmon M (2016): Academic Performance of Students with the Highest and Mediocre School-leaving Grades: Does the Aptitude Test for Medical Studies (TMS) Balance Their Prognoses? *GMS journal for medical education* 33, Doc7
- Kadmon G, Resch F, Duelli R, Kadmon M (2014): Der Vorhersagewert der Abiturdurchschnittsnote und die Prognose der unterschiedlichen Zulassungsquoten für Studienleistung und -kontinuität im Studiengang Humanmedizin – eine Längsschnittanalyse. *GMS J Med Educ* 31, 21
- Kadmon M (2011): Chance für Bewerber ohne Einser-Abitur. *Dtsch Arztebl*, A 2394–2397
- Kadmon M (2015): Der TMS im Aufwind. *Dtsch Arztebl* 112
- Kapphahn CJ, Wilson KM, Klein JD (1999): Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *J Adolesc Health* 25, 131–142
- Kautzky-Willer A (2014): Gendermedizin: Geschlechtsspezifische Aspekte der klinischen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 1022–1030
- Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T (2007): Women in medicine – is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ* 41, 39–49
- Klemperer D: Vom Paternalismus zur Partnerschaft – eine Profession im Wandel: Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen, Potenziale, Perspektiven; hrsg. v. Pundt J: Hans Huber. Bern 2006, 61–75
- Klima S, Hepp P, Hammer N, Steinke H: Nachwuchsgewinnung für unser Fachgebiet; German Medical Science *GMS Publishing House, Düsseldorf* 2015
- Kraft HG, Lamina C, Kluckner T, Wild C, Prodinge WM (2013): Paradise lost or paradise regained? Changes in admission system affect academic performance and drop-out rates of medical students. *Med Teach* 35, e1123-9
- Kreiter CD, Axelson RD (2013): A perspective on medical school admission research and practice over the last 25 years. *Teach Learn Med* 25 Suppl 1, S50-6
- Kremer MS: Kontakt mit Pharmaunternehmen: Erfahrungen und Einstellungen von Medizinstudierenden. *Med. Diss. Göttingen* 2013
- Lambert EM, Holmboe ES (2005): The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med* 80, 797–802
- Laurence CO, Turnbull DA, Briggs NE, Robinson JS (2010): Applicant characteristics and their influence on success: results from an analysis of applicants to the University of Adelaide Medical School, 2004-2007. *Med J Aust* 192, 212–216
- Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L (2010): Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med Educ* 44, 603–612
- Magnus SA, Mick SS (2000): Medical schools, affirmative action, and the neglected role of social class. *Am J Public Health* 90, 1197–1201
- Maharjan S, Dixit H (2004): MBBS student selection: search for proper criteria. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2, 252–259
- McManus IC, Livingston G, Katona C (2006): The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med Educ* 6, 11
- McManus IC, Powis DA, Wakeford R, Ferguson E, James D, Richards P (2005): Intellectual aptitude tests and A levels for selecting UK school leaver entrants for medical school. *BMJ* 331, 555–559
- Metaxa V (2013): Is this (still) a man's world? *Crit Care* 17, 112
- Mitterauer L, Frischenschlager O, Haidinger G (2007): Sex differences in study progress at Medical University of Vienna: Geschlechtsunterschiede im Studienfortgang an der Medizinischen Universität Wien. *GMS J Med Educ* 24, 111

- Neumann M, Nagy G, Trautwein U, Lüdtke O (2009): Vergleichbarkeit von Abiturleistungen: Leistungs- und Bewertungsunterschiede zwischen Hamburger und Baden-Württemberger Abiturienten und die Rolle zentraler Abiturprüfungen. *Z Erziehungswiss* 12, 691–714
- Ochsmann EB (2012): Thinking about giving up clinical practice? A gender-stratified approach to understanding junior doctors' choices. *Acad Med* 87, 91–97
- O'Neill L, Hartvigsen J, Wallstedt B, Korsholm L, Eika B (2011): Medical school dropout – testing at admission versus selection by highest grades as predictors. *Med Educ* 45, 1111–1120
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): The ABC of Gender Equality in Education: Aptitude, Behaviour, Confidence (PISA); OECD Publishing, Paris 2015
- Osterloh F (2014): Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte. *Dtsch Arztebl* 111, 672–673
- Padela AI, Rodriguez del Pozo P (2011): Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective. *J Med Ethics* 37, 40–44
- Peccei R, Lee H (2005): The impact of gender similarity on employee satisfaction at work: A review and re-evaluation. *J Management Studies* 42, 1571–1592
- Phillips SP, Austin EB (2009): The feminization of medicine and population health. *JAMA* 301, 863–864
- Porst R: Fragebogen: Ein Arbeitsbuch (Lehrbuch), 4., erweiterte Auflage; Springer VS, Wiesbaden 2014
- Puddey IB, Mercer A (2013): Socio-economic predictors of performance in the Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test (UMAT). *BMC Med Educ* 13, 155
- Reibnegger G, Caluba H, Ithaler D, Manhal S, Neges HM, Smolle J (2010): Progress of medical students after open admission or admission based on knowledge tests. *Med Educ* 44, 205–214
- Reibnegger G, Caluba HC, Ithaler D, Manhal S, Neges HM, Smolle J (2011): Dropout rates in medical students at one school before and after the installation of admission tests in Austria. *Acad Med* 86, 1040–1048
- Rochon PA, Davidoff F, Levinson W (2016): Women in Academic Medicine Leadership: Has Anything Changed in 25 Years? *Acad Med* 91, 1053–1056
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y (2002): Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 288, 756–764
- Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J (2009): The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Patient Educ Couns* 76, 348–355
- Say R, Murtagh M, Thomson R (2006): Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns* 60, 102–114
- Schieber A, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, Kelly-Irving M (2014): Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Fam Pract* 31, 706–713
- Schmittziel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP (2000): Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med* 15, 761–769
- Schneider A, Kanagarajan N, Anjelly D, Reynolds JC, Ahmad A (2009): Importance of gender, socioeconomic status, and history of abuse on patient preference for endoscopist. *Am J Gastroenterol* 104, 340–348
- Schneider F (2010): DGPPN-Nachwuchskampagne Teil 3 "Ärztmangel in Deutschland – ist der Arztberuf als solcher noch attraktiv?". *Nervenarzt*, 114–116
- Schwarzer A, Fabian G (2012): Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern. Hochschul Informations System GmbH (HIS)
- Seyan K, Greenhalgh T, Dorling D (2004): The standardised admission ratio for measuring widening participation in medical schools: analysis of UK medical school admissions by ethnicity, socioeconomic status, and sex. *BMJ* 328, 1545–1546
- Sierra Hernandez CA, Oliffe JL, Joyce AS, Sochting I, Ogrodniczuk JS (2014): Treatment preferences among men attending outpatient psychiatric services. *J Ment Health* 23, 83–87
- Simmenroth-Nayda A, Gágyor I, Himmel W, Chenot JF (2008): Sind weibliche Studierende bei der OSCE im Vorteil? *GMS J Med Educ*, 25(1), Doc39 [<http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2008>]

- Simoens S, Hurst J: The supply of physician services in OECD countries (OECD health working papers 21); Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Group on Health, Paris 2006
- Siu E, Reiter HI (2009): Overview: what's worked and what hasn't as a guide towards predictive admissions tool development. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 14, 759–775
- Steele K (2011): Selecting tomorrow's doctors. *Ulster Med J* 80, 62–67
- Syed Ali A, Schulze J, Seibert-Alves F, Gentsch S, Nürnberger F (2008): Korrelationen zwischen schulischen und universitären Leistungen: Sind Oberstufen- und Abiturprüfungsnoten Prädiktoren für Studienerfolge in der Medizin? *GMS J Med Educ* 25, 35
- Tappeser K (2012): Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Medizin – ein wichtiges Anliegen der Wissenschaftspolitik in Baden-Württemberg. *GMS J Med Educ* 29, 36
- Tempest HV, Vowler S, Simpson A (2005): Patients' preference for gender of urologist. *Int J Clin Pract* 59, 526–528
- Tiffin PA, Dowell JS, McLachlan JC (2012): Widening access to UK medical education for under-represented socioeconomic groups: modelling the impact of the UKCAT in the 2009 cohort. *BMJ* 344, e1805
- Tobler KJ, Wu J, Khafagy AM, Pier BD, Torrealday S, Londra L (2016): Gender Preference of the Obstetrician Gynecologist Provider. *Obstet Gynecol* 127, 43S
- Trapmann S, Hell B, Weigand S, Schuler H (2007): Die Validität von Schulnoten zur Vorhersage des Studienerfolgs – eine Metaanalyse. *Z Padagog Psychol* 21, 11–27
- Turow JA, Sterling RC (2004): The role and impact of gender and age on children's preferences for pediatricians. *Ambul Pediatr* 4, 340–343
- van Ness CJ, Lynch DA (2000): Male adolescents and physician sex preference. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154, 49–53
- Varadarajulu S, Petruff C, Ramsey WH (2002): Patient preferences for gender of endoscopists. *Gastrointest Endosc* 56, 170–173
- Veldhuijzen DS, Karhof S, Leenders MEC, Karsch AM, van Wijck, Albert J M (2013): Impact of physicians' sex on treatment choices for low back pain. *Pain Pract* 13, 451–458
- Waseem M, Ryan M (2005): "Doctor" or "doctora": Do patients care? *Pediatr Emerg Care* 21, 515–517
- Werwick K, Winkler-Stuck K, Hampe W, Albrecht P, Robra B (2015): Introduction of the HAM-Nat examination – applicants and students admitted to the Medical Faculty in 2012-2014. *GMS J Med Educ* 32, Doc53
- Wilkinson D, Casey MG, Eley DS (2014): Removing the interview for medical school selection is associated with gender bias among enrolled students. *Med J Aust* 200, 96–99
- Wilkinson D, Zhang J, Byrne GJ, Luke H, Ozolins IZ, Parker MH, Peterson RF (2008): Medical school selection criteria and the prediction of academic performance. *Med J Aust* 188, 349–354
- Wintersteen MB, Mensinger JL, Diamond GS (2005): Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment Retention in Adolescents? *Prof Psychol Res Pr*, 400–408
- Wright AL, Schwindt LA, Bassford TL, Reyna VF, Shisslak CM, St Germain PA, Reed KL (2003): Gender differences in academic advancement: patterns, causes, and potential solutions in one US College of Medicine. *Acad Med* 78, 500–508
- Zaharias G, Piterman L, Liddell M (2004): Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Acad Med* 79, 148–155
- Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, Chen H, Velazquez OC (2011): Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Ann Surg* 253, 637–643
- Zlotnick C, Elkin I, Shea MT (1998): Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? *J Consult Clin Psychol* 66, 655–659

8.1 Internetquellen

- Bayerische Landesärztekammer (2003): Berufsordnung für die Ärzte Bayerns – Neufassung vom 04.11.2002.
http://www.blaek.de/beruf_recht/berufsordnung/bo_text2004.cfm, abgerufen am: 06.07.2016
- Blum K, Löffert S (2010): Ärztemangel im Krankenhaus: Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen.
http://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf, abgerufen am: 20.07.2016
- BMA Equal Opportunities Committee (2009): Equality and diversity in UK medical schools.
<https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/developing%20your%20career/becoming%20a%20doctor/equality%20diversity%20in%20medical%20schools%202011.pdf?la=en>, abgerufen am: 25.08.2016
- Budde J (2008): Bildungs(Miss)erfolge von Jungen und Berufswahlverhalten bei Jungen / männlichen Jugendlichen.
www.bmbf.de/pub/Bildungsmisserfolg.pdf, abgerufen am: 14.07.2014
- Bundesärztekammer (2009): Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. Analyse der Bundesärztekammer.: Analyse der Bundesärztekammer.
<https://www.aerzteblatt.de/download/files/2009/04/down136282.pdf>, abgerufen am: 25.08.2016
- Bundesärztekammer (2013): Stellungnahme „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stellungnahme_zukunft_der_deutschen_Universitaetsmedizin_-_kritische_Faktoren_fuer_eine_nachhaltige_Entwicklung.pdf, abgerufen am: 25.08.2016
- Bundesärztekammer (2015a): Ärztestatistik 2015: Diagramme und Tabellen.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf, abgerufen am: 02.08.2016
- Bundesärztekammer (2015b): Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015.
<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/>, abgerufen am: 02.08.2016
- Bundesärztekammer (2015c): (Muster-)Berufsordnung.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf, abgerufen am: 03.08.2016
- Bundesjugendkuratorium (2009): Schlaue Mädchen – Dumme Jungen? Gegen Verkürzungen im aktuellen Geschlechterdiskurs: Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zur Bildungsbenachteiligung von Jungen.
http://www.igfh.de/cms/sites/default/files/bjk_2009_4_stellungnahme_gender.pdf, abgerufen am: 25.08.2016
- Deutscher Ärztinnenbund e.V. (2011): Dr. Regine Rapp-Engels: "Gleichberechtigung und Gleichbehandlung in der Medizin sind auch nach 100 Jahren noch nicht erreicht".
<http://www.aerztinnenbund.de/Dr-Regine-Rapp-Engels-Gleichberechtigung-und.1541.0.2.html>, abgerufen am: 02.08.2016
- Deutscher Ärztinnenbund e.V. (2016): Medical women on top: Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/medical-women-on-top,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, abgerufen am: 25.08.2016
- Deutscher Philologenverband (2014): Entwertung des Abiturs durch zu viele gute Noten.
<http://www.dphv.de/aktuell/nachrichten/details/article/entwertung-des-abiturs-durch-zu-viele-gute-noten.html>, abgerufen am: 16.05.2016
- Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA) (2010): Gender Differences in Educational Outcomes: Study on the Measures Taken and the Current Situation in Europe.
http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/120en.pdf, abgerufen am: 25.08.2016
- (EMS) <http://www.unifr.ch/ztd/ems/>, abgerufen am: 01.05.2016
- (GAMSAT) <https://gamsat.acer.edu.au/>, abgerufen am: 01.05.2016

- Haas M (2009): Einsame Spitze.
<http://sz-magazin.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/28735/>, abgerufen am: 14.07.2016
- hochschulstart.de (2016): Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Hochschulen: Wintersemester 2015/16.
http://hochschulstart.de/fileadmin/downloads/NC/wise2015_16/bew_alle_zv_ws15_16.pdf, abgerufen am: 09.08.2016
- Jacob R, Heinz A, Müller C (2012): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010.
http://www.kbv.de/media/sp/Studentenbefragung_Auszaehlung_Fragebogen_bundesweit.pdf
- Kopetsch T (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!: Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung.
http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf, abgerufen am: 25.08.2016
- (MCAT) <https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/taking-mcat-exam/>, abgerufen am: 01.05.2016
- Nds. GVBl. (2014): Niedersächsisches Hochschulgesetz.
<https://www.kmk.org/dokumentation-und-statistik/rechtsvorschriften-lehrplaene/uebersicht-hochschulgesetze.html>, abgerufen am: 02.08.2016
- Nise G, Ekenvall L, Alberyd J, Svartengren M (2007): Health and Future: Sub study 1: Healthy companies in all industries.
<http://folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=2180>, abgerufen am: 08.07.2014
- Pötzsch B (2005): Über 40 Prozent kinderlos: "Akademikerinnen finden oft keinen Partner".
<http://www.spiegel.de/unispiegel/jobundberuf/ueber-40-prozent-kinderlos-akademikerinnen-finden-oft-keinen-partner-a-373449.html>, abgerufen am: 14.07.2016
- Statistisches Bundesamt (2011): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2011: Kein Widerspruch – Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat11Abbildungsteil1.pdf, abgerufen am: 30.04.2016
- Statistisches Bundesamt (2014a): Auf dem Weg zur Gleichstellung?: Bildung, Arbeit und Soziales – Unterschiede zwischen Frauen und Männern.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2014/Gleichstellung/begleitheft_Gleichstellung_2014.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 08.08.2016
- Statistisches Bundesamt (2014b): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht.
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html?cms_gtp=152382_list%253D1&https=1, abgerufen am: 08.08.2016
- Statistisches Bundesamt (2015): Staat & Gesellschaft – Bildung, Forschung, Kultur – Mehr als jeder dritte Schüler beendete 2013 die Schule mit dem Abitur - Statistisches Bundesamt (Destatis).
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/BildungForschungKultur/Abitur_AnteilAbiturienten.html, abgerufen am: 16.05.2016
- (TMS) http://www.tms-info.org/index.php?id=ueber_den_tms, abgerufen am: 01.05.2016
- (UKCAT) <http://www.ukcat.ac.uk/>, abgerufen am: 01.05.2016
- (UKE) UKE (Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf) – Prodekanat für Lehre – Auswahlverfahren.
<http://www.uke.de/studium-lehre/studienentscheidung/auswahlverfahren/index.html>, abgerufen am: 01.05.2016
- (UMAT) <https://umat.acer.edu.au/>, abgerufen am: 01.05.2016
- Weinmann J (2010): Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Broschuer_eFrauenMaenner0010013109001.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 25.08.2016
- Weltärztebund (2006): Deklaration von Genf.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf, abgerufen am: 06.07.2016

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema des Online-Fragebogens für Studierende.....	33
Abbildung 2: Schema des Online-Fragebogens für Ärzte.....	34
Abbildung 3: Abiturnoten- und Geburtsjahrverteilung der Bewerber	42
Abbildung 4: Wichtigkeit einer ausbalancierten Geschlechtsverteilung innerhalb der Ärzteschaft	1
Abbildung 5 : Seite 1 des Studierenden-Fragebogens	107
Abbildung 6: Seite 2 des Studierenden-Fragebogens	108
Abbildung 7: Seite 3 des Studierenden-Fragebogens	109
Abbildung 8: Seite 4 des Studierenden-Fragebogens	110
Abbildung 9: Seite 5 des Studierenden-Fragebogens	111
Abbildung 10: Seite 6 des Studierenden-Fragebogens	111
Abbildung 11: Seite 7 des Studierenden-Fragebogens	112
Abbildung 12: Seite 8 des Studierenden-Fragebogens	113
Abbildung 13: Seite 9 des Studierenden-Fragebogens	113
Abbildung 14: Item 10. des Online-Fragebogens für Ärzte.....	114
Abbildung 15: Item * 11. des Online-Fragebogens für Ärzte	114
Abbildung 16: Item 11. des Online-Fragebogens für Ärzte.....	114
Abbildung 17: Item * 12. des Online-Fragebogens für Ärzte	114
Abbildung 18: Item 12. des Online-Fragebogens für Ärzte.....	114
Abbildung 19: Item 13. des Online-Fragebogens für Ärzte.....	114
Abbildung 20: Item * 14. des Online-Fragebogens für Ärzte	114
Abbildung 21: Item 15. des Online-Fragebogens für Ärzte mit Drop-down-Menü	115
Abbildung 22: Abschlussseite des Online-Fragebogens für Ärzte mit Logo-Banner und Menü-Tasten	115
Abbildung 23: Mindmap zum Interview mit einem Chefarzt für Psychiatrie	116

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe	40
Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe	41
Tabelle 3: Gewichtung der Abiturnote	44
Tabelle 4: Ränge – Zusammenhang Frage 1 und Geschlecht, Bewerber.....	44
Tabelle 5: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 1 und Geschlecht	45
Tabelle 6: Auswahlkriterien unabhängig von bzw. statt der Abiturnote	46
Tabelle 7: Kreuztabelle – Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht.....	47
Tabelle 8: Erfahrungen zur Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Auswahlverfahren ...	48
Tabelle 9: Erfahrungen im Freundeskreis zu Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern im Auswahlverfahren.....	49
Tabelle 10: Wichtigkeit der gleich starken Geschlechterverteilung.....	50
Tabelle 11: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 5 und Geschlecht	51
Tabelle 12: Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang Frage 5 und Geschlecht	52
Tabelle 13: Rolle des Geschlechts beim Vertrauensverhältnis zum Arzt/Ärztin	52
Tabelle 14: "ja, und zwar:" Antwortkategorien	53
Tabelle 15: Kreuztabelle – "ja, und zwar"-Antwortkategorien und Geschlecht.....	54
Tabelle 16: Antwortstatistik Frage 8, Studierende und Ärzte	55
Tabelle 17: Kreuztabelle – Wichtigkeit des Geschlechtes des Arztes und Studienabschnitt der Studierenden	56
Tabelle 18: Kreuztabelle – Fachbereich und Wichtigkeit des Geschlechtes des Arztes	58
Tabelle 19: binäre Regressionsanalyse – Klassifikationstabelle	59
Tabelle 20: binäre Regressionsanalyse - Variablen in der Gleichung	59
Tabelle 21: binäre Regressionsanalyse – Klassifikationstabelle	60
Tabelle 22: binäre Regressionsanalyse - Variablen in der Gleichung	60
Tabelle 23: Antwortstatistik Frage 9, Ärzte	61
Tabelle 24: Antwortstatistik Frage 10, Ärzte	67
Tabelle 25: Facharztwunsch der Studierenden.....	69
Tabelle 26: Die 10 am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht.....	70
Tabelle 27: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Vorklinik	71
Tabelle 28: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Praktisches Jahr	72
Tabelle 29: Fachbereiche der teilnehmenden Ärzte	121
Tabelle 30: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Bewerber.....	122
Tabelle 31: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Studierende...	122
Tabelle 32: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Ärzte.....	122
Tabelle 33: Zusammenhang Frage 6 und Geschlecht der Teilnehmer, Chi-Quadrat-Tests.....	123
Tabelle 34: Freitextantworten zu Frage 9, "Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich?", Ärztefragebogen	123
Tabelle 35: Item 9 "In welchem Fachsemester/Tertial befindest Du Dich?", Studierendenfragebogen	128
Tabelle 36 : Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber, ANOVA (einfaktorielle Varianzanalyse).....	128
Tabelle 37: Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber, Scheffé-Prozedur.....	129
Tabelle 38: Zusammenhang Gewichtung Abiturnote und Geschlecht der Bewerber, Berechnung von Kendalls Tau.....	129
Tabelle 39: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Klinik	130

11. Anhang

11.1 Anlage 1: PDF-Version des Fragebogens als Email-Anhang, demonstriert am Fragebogen für Studierende

Die PDF-Version wurde der besseren Übersichtlichkeit halber um zusätzliche Freitext-Zeilen verkürzt.

Abbildung 5 : Seite 1 des Studierenden-Fragebogens

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
 GÖTTINGEN

WIE STEHEN MEDIZINSTUDIERENDE, STUDIENBEWERBER UND ÄRZTE ZUR FEMINISIERUNG IN DER MEDIZIN ?



EINE BEFRAGUNG IM RAHMEN EINER DOKTORARBEIT
AM INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

GEORG AUGUST UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Institut für Allgemeinmedizin Humboldtallee 38 37073 Göttingen Fax: +49-551-399530	Ihr Ansprechpartner: Dorothea Laurence Tel: +495512760366 (Mo.-Sa. 13:00-19:00) Email: dorothea.meyer@stud.uni-goettingen.de
---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Abbildung 6: Seite 2 des Studierenden-Fragebogens

Liebe(r) Teilnehmer(in),

mein Name ist Dorothea Laurence und ich bin Doktorandin am Institut der Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen.

Wie Du aus den Medien eventuell schon erfahren hast, steigt der Anteil an Medizinstudentinnen und Ärztinnen beständig an und liegt zurzeit bei bis zu 80% (Studentinnen).

Wir möchten die Forschungsfrage beantworten, wie die Studentenschaft selbst zu diesem Trend steht und benötigen dazu Ihre Mithilfe.

Wir möchten Dich herzlich bitten, an unserer Umfrage teilzunehmen!

Es besteht die Möglichkeit, an der Verlosung eines Karls-Präsentkorbes teilzunehmen.

Vielen Dank!



Dorothea Laurence

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsmedizin

Humboldtallee 38

37073 Göttingen

Fax: +49-551-399530

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Abbildung 7: Seite 3 des Studierenden-Fragebogens

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS

Bei den meisten Fragen musst Du Dich entscheiden, welche der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für Dich zutrifft und kreuzt das dazugehörige Kästchen an.

ja
 nein

Einige Fragen sind offen gestellt, damit Du Deine Antwort in eigene Worte fassen kannst. Dazu nutze bitte die leeren Zeilen und nach Möglichkeit Blockschrift.

*Ich habe die Erfahrung
gemacht, dass*

Bei Fragen, in denen eine Skala verwendet wird, bitten wir Dich, Deine Position (oder die, die Deiner am nächsten kommt) mit einem Kreuz zu markieren.

sehr wichtig wichtig teils/teils unwichtig sehr unwichtig

Bei manchen Fragen sind mehrere Antworten möglich. Diese Fragen enthalten einen entsprechenden Hinweis. Kreuze alle Antwortmöglichkeiten an, die für Dich zutreffen.

rot
 weiß
 grün
 gelb

Falls Du für die Beantwortung mancher Fragen mehr Platz benötigst oder Anregungen und Kommentare zu dieser Umfrage hast, kannst Du die letzte Seite dieses Fragebogens gerne nutzen.

Bei Fragen zu dieser Umfrage wende Dich bitte an Dorothea Laurence.
Email: dorothea.meyer@stud.uni-goettingen.de

Einen ganz herzlichen Dank schon einmal vorweg für Deine Mitarbeit!

3

Abbildung 8: Seite 4 des Studierenden-Fragebogens

1. Laut Gesetzeslage ist die Abiturnote bei der Auswahl der Medizinbewerber das Kriterium mit der höchsten Gewichtung, also mehr als 50%.
Wie hoch würdest Du die Abiturnote gewichten, wenn Du das Auswahlverfahren für Medizinstudierende neu gestalten könntest?

Gar keine Berücksichtigung der Abiturnote.....

Geringe Berücksichtigung (unter 20%).....

Berücksichtigung zwischen 20% und 50%.....

Berücksichtigung zwischen 50% und 75%.....

Die Abiturnote sollte alleiniges Kriterium für alle Medizinstudienplätze sein.....

2. Welche Kriterien würdest Du unabhängig von der Abiturnote bzw. statt der Abiturnote berücksichtigen wollen? (mehrere Antworten sind möglich)

keine

TMS (Mediziniertest)

außerschulisches Engagement (z.B. Musik/ Sport /Gemeinde)

abgeschlossene medizinnahe Ausbildung

Freiwilligendienst/ soziales Jahr

medizinnahe/ soziale Praktika

Auswahlgespräch/ Interview

soziale/ kommunikative Kompetenz (Bewerbungstest z.B. mit Schauspielpatienten)

manuelle/ praktische Fertigkeiten (Bewerbungstest beinhaltet z.B. Nähen, Verband)

einzelne Abiturnoten (z.B. Naturwissenschaften)

Auslandserfahrungen

Wartezeit

Wettbewerbe/ Preise

sonstige (bitte angeben):

4

Abbildung 9: Seite 5 des Studierenden-Fragebogens

<p>3. Hast Du bezüglich einer Chancengleichheit zwischen männlichen und weiblichen Bewerbern für einen Medizinstudienplatz selber Erfahrungen gemacht?</p> <p><input type="checkbox"/>nein</p> <p><input type="checkbox"/>wenn ja, bitte angeben:</p> <p>.....</p>
<p>4. Gab es im Freundes- oder Bekanntenkreis Erfahrungen dazu?</p> <p><input type="checkbox"/>nein</p> <p><input type="checkbox"/>wenn ja, bitte angeben:</p> <p>.....</p>
5

Abbildung 10: Seite 6 des Studierenden-Fragebogens

<p>5. Für wie wichtig hältst Du es, dass unter praktizierenden Ärzten beide Geschlechter gleich stark vertreten sind?</p> <p>sehr wichtig wichtig teils/teils unwichtig sehr unwichtig</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Wenn Du selber Patient/in bist, spielt das Geschlecht beim Vertrauensverhältnis zu Deinem Arztes/ Deiner Ärztin eine Rolle?</p> <p><input type="checkbox"/>nein, gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/>ja, und zwar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> im Fachbereich Gynäkologie/ Geburtshilfe <input type="radio"/> im Fachbereich Urologie <input type="radio"/> bei der Besprechung persönlicher/ intimer Fragethemen <input type="radio"/> bei der Besprechung psychosomatischer/ psychosozialer Probleme <input type="radio"/> sonstiges (bitte angeben):
<p>7. Du bist</p> <p><input type="checkbox"/>männlich</p> <p><input type="checkbox"/>weiblich</p>
6

Abbildung 11: Seite 7 des Studierenden-Fragebogens

8. In welchem medizinischen Fachbereich würdest Du gerne nach Studienabschluss arbeiten?*(bei Unsicherheit mehrere Antworten möglich)*

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Arbeits-, Sozial, und Umweltmedizin
- Augenheilkunde
- Chirurgie (Allgemein-/ Viszeral-)
- Dermatologie
- Radiologie
- Gastroenterologie und Endokrinologie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Hämatologie und Medizinische Onkologie
- Humangenetik
- Kardiologie und Pneumologie
- Kieferorthopädie
- Kinderchirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Klinische Neurophysiologie
- Klinische Pharmakologie
- Medizinische Mikrobiologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Nephrologie und Rheumatologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Palliativmedizin
- Pathologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Rechtsmedizin
- Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- Transfusionsmedizin
- Unfallchirurgie und Orthopädie
- Urologie
- Zahnmedizin
- wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in
- weiß ich noch nicht
- ein anderer Fachbereich, und zwar:

Abbildung 12: Seite 8 des Studierenden-Fragebogens

9. In welchem Fachsemester studierst Du? (bitte setze ein Kreuz)

Vorklinik 1. Fachsemester 5. Fachsemester
 2. Fachsemester 6. Fachsemester
 3. Fachsemester sonstiges, und zwar:

Klinik 1. Fachsemester 7. Fachsemester
 2. Fachsemester 8. Fachsemester
 3. Fachsemester 9. Fachsemester
 4. Fachsemester 10. Fachsemester
 5. Fachsemester sonstiges, und zwar:
 6. Fachsemester

PJ 1. Tertial
 2. Tertial
 3. Tertial

10. Dein Geburtsjahr: 19

11. Wie wichtig ist Deiner Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?

sehr wichtig wichtig unwichtig sehr unwichtig

Begründung:

8

Abbildung 13: Seite 9 des Studierenden-Fragebogens

Weitere Kommentare, Anregungen oder Ergänzungen:

.....

Vielen herzlichen Dank für Deine Mitarbeit!

9

11.3 Anlage 3: Online-Version, demonstriert am Fragebogen für Ärzte

Begrüßungsseite und Item 1-9 entsprechen dem Fragebogen für Studierende

Abbildung 14: Item 10. des Online-Fragebogens für Ärzte

10. Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich?

ja

nein

Abbildung 15: Item * 11. des Online-Fragebogens für Ärzte

* 11. wenn ja, welche?

Abbildung 16: Item 11. des Online-Fragebogens für Ärzte

11. Gibt es (weitere) Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich, die Sie für die Zukunft erwarten?

ja

nein

Abbildung 17: Item * 12. des Online-Fragebogens für Ärzte

* 12. wenn ja, welche?

Abbildung 18: Item 12. des Online-Fragebogens für Ärzte

12. Sie sind

Arzt in Weiterbildung

Facharzt

Oberarzt

Chefarzt

Abbildung 19: Item 13. des Online-Fragebogens für Ärzte

13. Wie wichtig ist Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht eines Arztes Ihres Fachbereichs für das Vertrauensverhältnis zu den Patienten?

sehr wichtig wichtig unwichtig sehr unwichtig

Abbildung 20: Item * 14. des Online-Fragebogens für Ärzte

* 14. Begründung:

Abbildung 21: Item 15. des Online-Fragebogens für Ärzte mit Drop-down-Menü

15. Ihr Geburtsjahr:

Bitte auswählen

Geburtsjahr

Abbildung 22: Abschlusseite des Online-Fragebogens für Ärzte mit Logo-Banner und Menü-Tasten

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**



WIE STEHEN
MEDIZINSTUDIERENDE,
STUDIENBEWERBER UND ÄRZTE
ZUR FEMINISIERUNG
IN DER MEDIZIN ?

EINE BEFRAGUNG IM RAHMEN EINER DOKTORARBEIT
AM INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

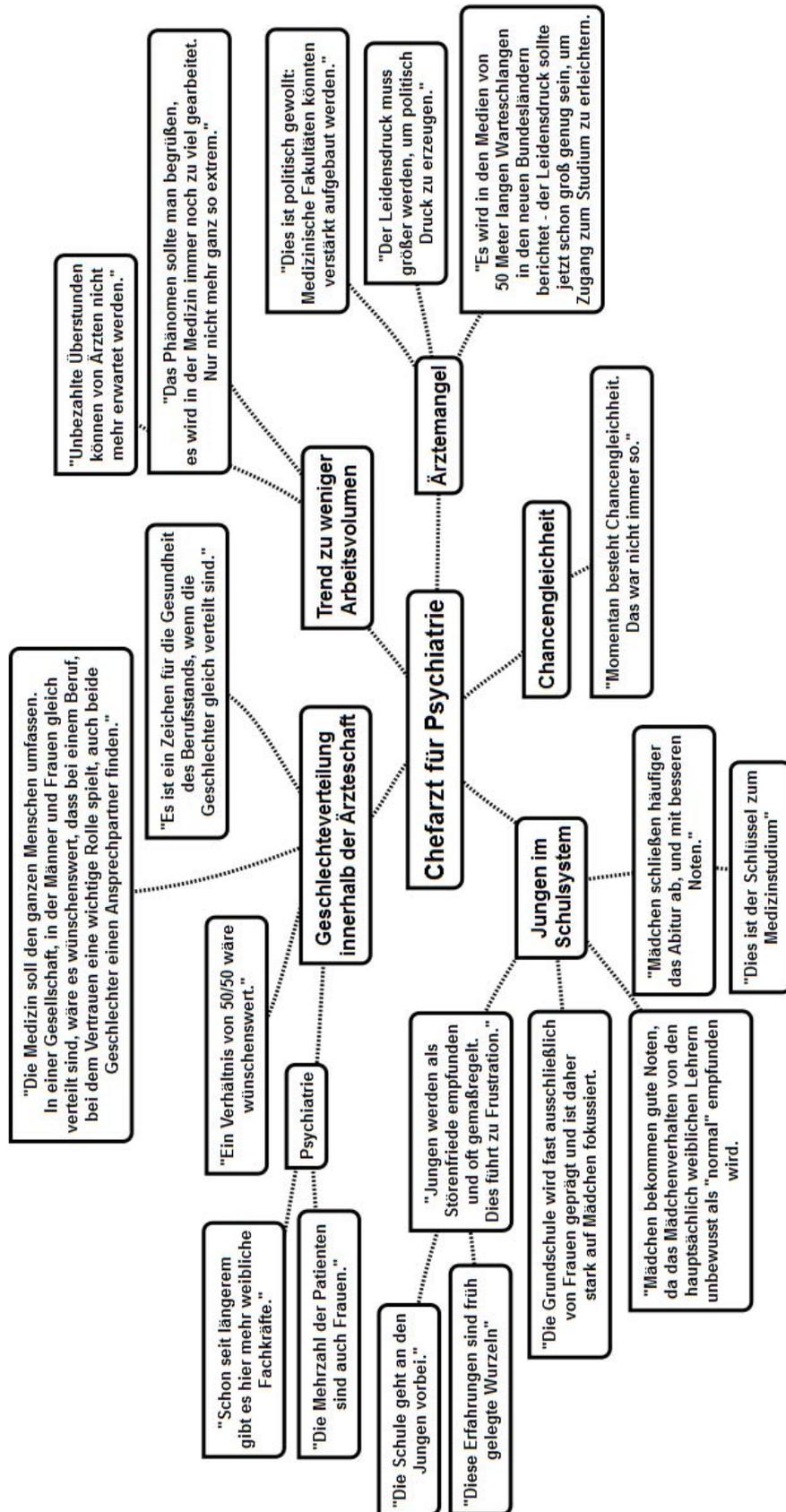
Zurück Fertig

Powered by **SurveyMonkey**
Erstellen Sie jetzt Ihre eigene kostenlose Online-Umfrage!

11.4 Anlage 4: Interviews zur Fragenfindung

11.4.1 Interview mit einem Chefarzt für Psychiatrie

Abbildung 23: Mindmap zum Interview mit einem Chefarzt für Psychiatrie



11.4.2 Interview mit einer Ärztin in Ausbildung

1.) Gedanken zum Thema Feminisierung in der Medizin

„Mir ging es damals auch so, als ich Abitur gemacht hab, ich war auch nicht besonders gut, ich hatte auch einen 2er-Durchschnitt. Es war immer mein Traum, Medizin zu machen, und deswegen – ich hab auch die ganze Zeit gedacht, oh, wird schwierig mit dem N.C. Weil der damals – ich weiß gar nicht, wie der damals war, ich glaube 1,3, 1,4 oder sowas – ist ja glaube ich jetzt noch tiefer, ich bin auch nur durch ein Losverfahren reingekommen. Ich hab auch immer gedacht, boah, krass, dass eben Leute, die sich das so wünschen und das so gerne machen würden, häufig aber eben durch die schulische Laufbahn, was den N.C. betrifft, abdriften und schlecht sind, oder schlechter sind, und dann eben nicht die Möglichkeit haben, oder lange warten müssen, oder eben gar nicht schaffen, reinzukommen, in den Studiengang Medizin. Und andere, die voll die Brains sind an sich, die irgendwie alles mit links machen und dann 1,0er oder was weiß ich haben, die das dann vielleicht sogar noch machen, nur den Studiengang, weil, keine Ahnung, weil es die Eltern machen oder weil sie nichts anderes wissen. Ich muss auch sagen, ich finde es krass, dass der N.C. so viel Mitspracherecht da hat. Ich würde auch das am liebsten abschaffen. Dafür wäre ich. Absolut. Ansonsten... Ich nehme persönlich das nicht so wahr, dass es so viele Frauen sind – ich bin auch ziemlich überrascht von diesem [...] Verhältnis. Ich hab bisher zwei Häuser so richtig gesehen, wo ich gearbeitet hab, da habe ich nicht so wahrgenommen, dass es viel, viel mehr Frauen als Männer gibt, aber gut... es ist ja so, scheinbar... also jetzt nehme ich das nicht so wahr, aber es ist schon krass, dass so viele Frauen fertig werden. Das machen aber eben effektiv wirklich wenige, dann auch wirklich arbeiten. Also viele gehen ja auch weg aus Deutschland (wenn man jetzt auf Deutschland sieht), dass viele dann auch Familie haben und viele Jahre auch nicht im Beruf arbeiten, die viele Kinder haben wollen und dann auch wirklich raus sind. Das find ich auch, dass man die Bedingungen besser machen sollte für Frauen. Grade die Arbeitszeiten anpassen sollte... Das merke ich auch selber mit meinen 75% und so, ich war die erste, die das da eingeführt hat. Überhaupt von den 100%-Stellen runterzukommen auf eine Teilzeitstelle, das ist ja auch von Fach zu Fach so unterschiedlich. Also, in der Anästhesie geht das ja ganz gut, Chirurgie kannst du es ja eigentlich fast knicken und Innere ist auch schwierig. Also, da sollte man, denke ich, viel viel mehr dran arbeiten, dass frauen- und familienfreundlicher zu machen. Fällt mir eigentlich noch dazu ein... Familienproblematik: Teils, teils. Von denen, von denen ich so weiß... Es gibt Frauen, es gibt das Lager, die durchgezogen haben, ihren Facharzt, und fertig waren mit 32, 33, oder was weiß ich, und die immer noch irgendwie jetzt als Oberarzt irgendwo arbeiten, Oberärztin, aber eben nicht verheiratet sind oder keine Familie haben, für die einfach Karriere jetzt so das Erste war, Wichtigste war. Oder die eben auch keinen Partner hatten und keine Familie und deswegen das erstmal so weiterverfolgt haben. Aber ich kenne eben auch genau das Gegenteil, jetzt auch grade im Kindergarten und so, da kenne ich einige, die eben genau wie ich Assistenzärzte sind, also Ärztinnen, und die nacheinander Kinder kriegen und vielleicht zwischendurch gar nicht arbeiten oder immer wieder, aber eben sonst auch Schwierigkeiten haben, wieder in den Beruf zurückzukommen oder das wirklich mit der Familie zu vereinbaren. Also ich kenne wirklich beides. Und von denen eben, die in meiner Situation auch sind, da höre ich genau das gleiche. Was ich halt auch sage, dass es einfach so schwierig ist, da das alles abzustimmen, auch von Seiten der Oberen, dass man berücksichtigt wird im Dienstplan und so weiter, wie man sich das wünscht, weil man eben Kinder hat, dass es nicht so einfach ist, alles zu koordinieren, da gibt es echt viele Probleme. Das höre ich, wie gesagt, immer wieder. Ich hab ja vorrangig schon mehr mit denen zu tun, die auch Familie haben und Kinder. Und deswegen höre ich schon eher die Gruppe, die, wie gesagt, die die gleiche Problematik wie ich sieht.“

3.) Chancengleichheit der Geschlechter in Hinblick auf das Medizinstudium

„Na gut, wenn man jetzt mal in der Schule anfängt... Ich weiß nicht, inwieweit sich das jetzt verändert hat. Ich bin ja nun schon echt jetzt 15 Jahre raus aus der Schule und damals hatte ich nicht das Gefühl. Ich fand eher, dass die ganzen auch naturwissenschaftlichen Fächer sowieso den Männern immer leichter fielen als den Frauen oder den Mädels, das Gefühl hatte ich. Und bei mir war es ja auch so, die Männer waren häufig diejenigen, die eben die besseren Abiturnoten hatten. Bei uns schon. Das war damals so. Ich weiß nicht, warum das jetzt vielleicht anders ist, aber bei uns, doch, war schon anders. Die Brains waren Männer. Wobei es dann natürlich wieder die Frage ist, ob diese dann auch das Medizinstudium wählen. Viele, die haben dann doch eher irgendwelche, weiß ich nicht, Ingenieur oder Physik oder Mathe oder sowas gemacht. Also... soll ich jetzt von diesem Trend ausgehen, der jetzt so langsam losschwappt, weil dann wäre es ja an sich schon sinnvoll, um das

alles aufrecht zu erhalten, das System, wenn man eben sieht, 80% Frauen kommen raus, davon fallen aber so viele weg, wegen Familie und was weiß ich... Dann fände ich an sich eine Chancengleichheit, oder dass das eben eine Männerquote gäbe, schon sinnvoll, wenn denn aber auch der Bedarf da ist. Also wenn wirklich auch es Männer gibt, die das machen wollen, also das muss man ja auch sehen. Also es macht ja keinen Sinn, das einzuführen, wenn sowieso an sich der Anteil sowieso höher ist von denen, die Medizin machen wollen, von Frauen, als dass Männer eben andere Berufe wollen.“

4.) Zukünftige Auswirkungen der Feminisierung auf den Arbeitsalltag

„Also es wäre sicher Zickenalarm! Also gut, ich meine an sich hätte ich damit kein Problem, aber es muss halt schon ein gutes Mischverhältnis sein, natürlich zwischen denen, die... Gut, meistens sind ja auch schon ein gewisser Anteil Berufsanfänger, die eben direkt nach dem Studium frisch kommen, die meist noch keine Familie haben, noch keine Kinder, die erst einmal anfangen wollen, und die arbeiten dann ja auch meist 100%, und das finde ich dann auch echt okay, also wenn es dann ein gutes Verhältnis ist. Man merkt halt auch, je jünger die Abteilung ist, umso eher haben die ja auch noch keine Familie, die jungen Leute, können wirklich powern, wollen ja erst mal in den Beruf einsteigen. Also wenn dieses Verhältnis ausgeglichen ist, also das ist bei uns zum Beispiel so, wobei wir ja jetzt nicht 80% Frauen haben, aber, das ist eben so bei uns... Wobei, da würde ich sogar noch sagen, dass die meisten keine Kinder haben bei uns. Wir sind sogar eher ein bisschen in der Minderheit, die Frauen, die Kinder haben. Aber ich kann mir, wie gesagt, also wenn das Verhältnis ausgeglichen ist, da müsste eben auch von oben drauf geachtet werden, dann kann ich mir das schon vorstellen, dass das so klappen würde, also kinderlos und kinderreich. Also, ich denke schon, dass das klappen würde, aber man muss das Verhältnis dann sehen. Wer arbeitet 50%, wer arbeitet 75%, aber wie gesagt das gab's ja, bis ich da angefangen hatte letztes Jahr gab's das ja gar nicht. Die hatten ja alle nur 100%-Stellen. Wie gesagt, es würde schon gehen.“

11.4.3 Interview mit einem Medizinstudenten

1.) Gedanken zum Thema Feminisierung in der Medizin

„Gut, also mein Papa ist ja auch Arzt, und als er studiert hat war das Verhältnis erstaunlicherweise eigentlich noch umgekehrt, also 80 zu 20. Das hat sich ja im Laufe der Jahre, wie man jetzt sieht, immer weiter dahinentwickelt. Wir haben ja momentan ja schon den Ärztemangel, es wird zumindest immer so proklamiert, und das hat wahrscheinlich, zumindest zu einem Teil, auch damit zu tun, dass es einen immer größer werdenden Frauenanteil hat, was ich ja erstmal schon nicht schlecht finde. Auf der einen Seite ist es natürlich immer noch so, dass wenn Frauen dann Familie haben wollen, dass mehr Halbtagsstellen angeboten werden. Ich glaube, in der Chirurgie sind sie auch ziemlich verzweifelt, weil die sind ja insgesamt nicht am Aussterben, aber es wird immer schwieriger, habe ich gehört, mit dem, dass sie genügend Ärzte bekommen – und dann vor allem bei Frauen ist es schwierig, weil dann oft Halbtagsstellen eben geschaffen werden müssen, und das war früher eben nicht so der Fall. Also, man muss ja auch immer mehr sozusagen flexibel sein und ich glaube, das fällt jetzt so den Ärzten oder den Krankenhäusern, die das organisieren müssen, alles noch ein bisschen schwer. Also bei mir in dem Krankenhaus in der Nähe gibt es auch schon eine Krippe irgendwie und eine Kinderbetreuung und so weiter, aber ich glaube, dass das noch nicht so der totale Standard ist. Also, ich glaube auch nicht, dass sich die Kliniken insgesamt so total darauf eingestellt haben, dass eben ganz viele Frauen kommen, weil es jetzt jahrzehntelang anders war. Deswegen glaube ich, dass der Frauenanteil im Studium, wenn sich das dann schließlich in die Ärzteschaft fortsetzt, dass man irgendwann 80 zu 20 hat, dass es dann dazu führen kann, dass die Situation erstmal eher noch problematischer wird, weil dieser Punkt mit den Teilzeitarbeitsplatz, Frauen werden ja zum Glück oder hoffentlich immer weiter noch Kinder bekommen und werden hoffentlich in diese Kinder auch Zeit investieren, und das führt dann logischerweise dazu, dass sie halt dann weniger arbeiten. Da muss man halt überlegen, wie fängt man das Ganze am besten auf.“

2.) Chancengleichheit der Geschlechter in Hinblick auf das Medizinstudium

„Also prinzipiell erstmal ja, also wenn man jetzt nur davon ausgeht, einfach wie ausgewählt wird – das ist ja auch so ein eigenes Thema, Auswahlverfahren – aber wenn man jetzt einfach nach der Abiturnote geht, wo ja immer noch maßgeblich die Abiturnote mit entscheidend ist, da muss man sagen, Frauen sind einfach, glaube ich, generell da besser meistens in der Schule. Aber das ist jetzt eine Frage des Schulsystems, also ob Frauen da ein bisschen besser gefördert werden, weil sie

einfach, weiß ich nicht, das geht nur hervor. Erstmal natürlich schon – ich glaube zum Beispiel, dass so Sachen wie – ich weiß nicht, ob das jetzt so entscheidend ist – aber es geht viel um Wissen bei der Auswahl. Selbst in dem Auswahlverfahren, wo ich war, da geht es viel um Wissen: Was weißt du, wie schnell bist du... Aber es geht jetzt zum Beispiel weniger über das Thema Chirurgie, ich wüsste jetzt nicht, wie man das jetzt machen könnte, aber es geht wenig darum vielleicht, was kann jemand schon praktisch, wie stellt sich jemand an in gewissen Situationen. Da geht es eher so darum, was weiß jemand, wie schnell ist jemand im Kopf, aber es geht jetzt wenig darum, zum Beispiel, dass man jetzt auch mal beweisen kann. Ich weiß nicht, wie man sich das vorstellen kann, aber es geht jetzt wenig darum, wie stellt sich jetzt jemand beim Behandeln irgendwelcher Sachen an. Ich glaube, das ist schon ein Aspekt, der bei der Chirurgie einfach logischerweise sehr wichtig ist, und wenn man dann nochmal Leute hat, die da sehr begabt sind, also das wird für mich ein bisschen zu wenig berücksichtigt. Also, es geht viel um Einstellung, das ist klar, das ist auch gut. Also, es sind keine schlechten Kriterien, die da angewandt werden, aber insgesamt ist es eben immer noch, so glaube ich... Ich merk es echt bei mir im Studium, das ist ein ganz spannender Punkt, es sind viele Leute mit einem Teilstudienplatz dabei, auch viele Jungs, die haben kein gutes Abitur, z.B. [...], ein Kommilitone von mir, der hat 2,8 Abitur, und der ist supergut. Also, der hat halt damals in der Schule es noch nicht so ernst gemeint, der hatte einfach kein Bock und hat sich nicht so die Gedanken gemacht, was das für Konsequenzen hat, dann hat er dann plötzlich das Abitur gehabt und hat er gemerkt, oh, wenn er Medizin studieren will, dann ist das natürlich... Klar, war das ein Fehler, aber wenn ich jetzt sehe und wenn ich mir vorstelle, ich weiß jetzt schon, dass der ein guter Arzt wird. Also, so wie er sich jetzt anstellt, so, was er jetzt im Studium macht und wie er das angeht, also normalerweise hätte er 6 Jahre warten müssen auf diesen Studienplatz. Also, ich glaube, er wäre noch nicht mal zu einem Auswahlgespräch eingeladen worden, also da hätte er keine Chance gehabt. Also, ich bin damals so reingekommen, ich habe 1,8, und ich habe es noch geschafft, hinzukommen. Aber Note 2,1, glaube ich, wurde nicht mal in die erste Vorauswahl da genommen. Also, er hätte keine Chance gehabt, irgendwie da zu diesem Auswahlgespräch überhaupt zu kommen. Und wenn ich dann sehe, wie gut diese Leute auch sind, also, dass es wirklich gar nicht mehr um Abiturnote geht, auch wenn ich verstehe, dass es irgendwie... Schwierig... Aber weil Frauen erst einmal generell, glaube ich, in der Schule vielleicht da schon weiter sind in der Persönlichkeit, dass sie sagen, ok, sie setzen sich da auf jeden Fall hin, und bei Jungs setzt das auch oft so ein bisschen später erst ein. Und die haben dann eigentlich keine Chance auf nen Platz, also ab 2,4 oder 2,9 kann man das eigentlich vergessen. Also, du kannst dich nur begrenzt verbessern und dann kannst du hoffen, dass du zugelost wirst, wo die Wahrscheinlichkeit natürlich auch sehr gering ist, oder du gehst halt nach Österreich. Es geht jetzt speziell um die Situation in Deutschland, ne? In Österreich geht es um den TMS. Da wurde nämlich diskutiert, was ich ganz interessant fand – und ich weiß gar nicht, ob es durchgesetzt wurde – aber ich weiß, dass es diskutiert wurde, weil Jungs schneiden da überdurchschnittlich gut ab im Vergleich zu Mädchen bei dem TMS, woran es auch immer liegt, aber sie schneiden besser ab, und kriegen überproportional viele Studienplätze. Und da war die Diskussion, und ich weiß nicht, ob es dann eingeführt wurde, es war dann die Diskussion, ob man da praktisch eine Quote schafft. Also, dass dann mehr Frauen da reinkommen, also unabhängig jetzt von der Leistung her, also das es kein objektives Kriterium mehr ist, sondern dass da eine Quote eingeführt wird. Und das fand ich schon ganz spannend, weil, jetzt momentan ist es halt so, so ähnlich, wir sagen ja jetzt auch nicht, ok, [...] wir müssen da eine Männerquote einführen. Diese unterschiedliche Sicht auf die Geschlechter ist schon spannend, obwohl, das weißt du auch, ich bin jetzt generell da überhaupt nicht dagegen. Halt die Frage, wie man jetzt am besten damit umgeht. Und ich glaube auch schon, dass das Auswahlverfahren, so wie es momentan ist, was das Studium angeht, dass es eher Mädels auch fördert als Jungs. Also, dass es eher Mädels rauspickt als dass es Jungs dann rauspickt, und es sind auch durchaus fähige Jungs, die aber jetzt nicht so in dieses Raster passen, wie es momentan gemacht wird. Also, wie gesagt, [...] ist für mich so dieses Beispiel, der hätte wahrscheinlich keine Chance, in dieses Auswahlverfahren zu kommen, ist aber total gut. Auf der anderen Seite ist immer dieses Problem, wie haben nur eine begrenzte Anzahl von Studienplätzen, aber sehr, sehr viele Bewerber. Es werden immer viele runterfallen. Auch das ist dann wichtig zu bestimmen... Das ist auch ein schwieriges Thema.“

11.4.4 Interview mit einer Medizinstudium-Interessierten

1.) Zum Thema Feminisierung in der Medizin

„Was mir dazu einfällt, dass dann mehr Frauen sind als Männer sozusagen? Also, ich denke dass sie auf jeden Fall ein bisschen mehr Einfühlungsvermögen dann haben als Männer teilweise. Ich kann mir vorstellen, dass viele Frauen auch zum Beispiel mehr Vertrauen auch in Frauen haben, oder dass es auch sozial und politisch auch ein bisschen angesehener ist, wenn wir dann mehr Frauen haben, weil es ja auch grade geht um diese Frauenquote und Frauen in höheren Berufen und Arzt ist ja eigentlich auch ein höherer Beruf. Also denke ich schon dass es auch sozial ganz gut angesehen ist, aber ich glaube, dass ein Zeitproblem, also, mehr Ärzte, weniger Zeit, ist glaube ich dann trotzdem noch höher.“

2.) Persönliche Zukunftsplanung als Frau in der Medizin

„Da hab ich mir auch schon ein bisschen Sorgen gemacht, A, weil ja das Studium relativ lange schon ist und ich jetzt auch nicht als jüngste Kandidatin anfangen. Und ich hab mir schon überlegt, auf jeden Fall meine Familienplanung da irgendwie unterkriegen zu müssen – ich hab überlegt, ob ich das direkt ins Studium vielleicht reinpacke, weil man im Studium, und grade Unis haben ja auch Kindergärten oder sowas, dass man da vielleicht schon gleich diese Kleinkindplanung sozusagen mit reinpackt, dass die dann schon ein bisschen erwachsener sind, wenn man dann wirklich anfängt zu arbeiten. Aber theoretisch-praktisch würde ich schon ganz gerne erstmal durchstarten und dann auch wirklich richtig arbeiten. Und auch gerade Assistenzzeit oder sowas, das ist ja mit kleinen Kindern auch so sehr schwierig, glaube ich.“

3.) Jungen- und Mädchenverhalten in der Schule

„Also, ich kenne tatsächlich sehr viele Leute, die eigentlich gerne Medizin studieren wollen. Sogar mehr Männer, eigentlich. Und bei denen hapert es dann meistens wirklich an dem N.C., und ich sehe aber auch manchmal, dass sie nicht so wirklich motiviert sind, sie strengen sich nicht so viel an, den N.C. zu erreichen, wie andere zum Beispiel. Also, mir wird auch immer gesagt, dass ich sehr, sehr ehrgeizig bin und ich glaube aber, wenn man Medizin studieren will, dann muss man auch einfach so ehrgeizig sein, und das von Anfang an, also auch vorm Abi sozusagen, schon durchziehen. Dass man einfach auch wirklich den N.C. dann erreicht. [...] Das liegt einfach, glaube ich, an der eigenen Motivation. Gerade Jungs, die sind ja immer so ein bisschen eher später reif, sozusagen, und ich glaube da kommt auch erst später die Erkenntnis, man muss auch wirklich was tun für sein Ziel. Und ich glaube, Frauen sind da einfach vom Prinzip schon früher ehrgeiziger und können dann schon früher sozusagen auf ihr Ziel hinarbeiten, würde ich sagen. Also, ich sehe es auch halt gerade bei mir in der Klasse, teilweise.“

4.) Chancengleichheit der Geschlechter in Hinblick auf das Medizinstudium

„[...] Eher nicht, also jetzt unter diesem Aspekt, dass der N.C. wirklich sehr, sehr hoch liegt und man wirklich, ich glaube, ohne wirklichen Ehrgeiz kann man den so einfach nicht schaffen. Und dadurch, dass dieser Ehrgeiz oder diese Motivation sich bei Jungen ja später ausprägt, würde ich sagen, dass ist keine Chancengleichheit mehr. Auf der anderen Seite gibt es ja immer noch dieses Image, dass Männer leistungsfähiger sind und dass sie schneller Leistung bringen können und das hebt sich dann ein kleines bisschen wieder auf, dann. Ich weiß nur von ganz vielen Leuten, zum Beispiel, dadurch, dass der N.C. so hoch ist, und sie den nicht schaffen, dass sie zum Beispiel teilweise also bis zu 7 Wartesemester haben oder so, und ganz viele noch eine Ausbildung machen und aber irgendwann dann einfach den Mut und die Geduld verlieren, das Studium anzufangen. Und das finde ich ein bisschen schade, irgendwie, weil man ja eigentlich den Traum hat und sich ja quasi mit was weniger Gutem für einen selber sozusagen abfindet, das finde ich ein bisschen schade. Ich habe mal von diesem Ärztetest, diesem Mediziner-test gehört, und das finde ich eigentlich eine relativ gute Möglichkeit, weil man da wirklich sich drauf vorbereiten kann. Und da ergibt sich ja die Chancengleichheit wieder irgendwie, weil wenn man wirklich sagt, okay, ich mache einen Mediziner-test. Man kann sich ja immer dafür anmelden, dann kann man ja vorher richtig büffeln dafür, und wenn man den gut macht, hat man ja quasi auch eine bessere Chance nochmal, das heißt, da wird einem dann nochmal die Chance gegeben, wirklich noch ein bisschen was rauszuholen.“

11.5 Anlage 5: Ergebnistabellen

Tabelle 29: Fachbereiche der teilnehmenden Ärzte

Fachbereich	N	in %
Allgemeinmedizin	3	1,4%
Anästhesiologie	22	10,0%
Augenheilkunde	7	3,2%
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	6	2,7%
Dermatologie	4	1,8%
Gastroenterologie und Endokrinologie	4	1,8%
Gynäkologie und Geburtshilfe	3	1,4%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	2,3%
Hämatologie und Medizinische Onkologie	9	4,1%
Kardiologie und Pneumologie	8	3,6%
Kieferorthopädie	1	0,5%
Kinderchirurgie	3	1,4%
Kinder- und Jugendmedizin	16	7,2%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	4	1,8%
Klinische Neurophysiologie	1	0,5%
Klinische Pharmakologie	1	0,5%
Medizinische Mikrobiologie	3	1,4%
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3	1,4%
Nephrologie und Rheumatologie	7	3,2%
Neurochirurgie	2	0,9%
Neurologie	16	7,2%
Palliativmedizin	1	0,5%
Pathologie	6	2,7%
Psychiatrie und Psychotherapie	6	2,7%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4	1,8%
Radiologie	3	1,4%
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	1	0,5%
Transfusionsmedizin	4	1,8%
Unfallchirurgie und Orthopädie	5	2,3%
Urologie	5	2,3%
Zahnmedizin	8	3,6%
Wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in	32	14,5%
Anatomie*	1	0,5%
Allergologie*	1	0,3%
Biochemie*	1	0,3%
Innere Medizin*	1	0,2%
Klinische Chemie*	1	0,2%
Klinische Toxikologie*	2	0,2%
Krankenhaushygiene und Infektiologie*	1	0,1%
Medizinische Ethik*	2	0,5%
Medizinische Informatik*	1	0,9%
Neuroradiologie*	1	0,5%
Physiologie*	2	0,5%
Plastische Chirurgie*	1	0,5%
Rehabilitative Medizin und Rettungsmedizin*	2	0,5%
Vorklinik*	1	0,5%
Gesamt:	221	100,0%

* aus der Kategorie "sonstige"

Tabelle 30: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Bewerber

Kriterium	Pearson-Chi-Quadrat	df*	Asymp. Sig. (zweiseitig)
TMS (Medizinertest)	0,038	1	0,846
Auswahlgespräch/Interview	5,179	1	0,023
Soziale/kommunikative Kompetenz	0,686	1	0,408
Abgeschlossene medizinnaher Ausbildung	0,002	1	0,963
Manuelle/praktische Fähigkeiten	0,409	1	0,523
Einzelne Abiturnoten	0,913	1	0,339
Medizinnaher/sozialer Praktika	2,530	1	0,112

* degree of freedom

Tabelle 31: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Studierende

Kriterium	Pearson-Chi-Quadrat	df*	Asymp. Sig. (zweiseitig)
TMS (Medizinertest)	1,446	1	0,229
Auswahlgespräch/Interview	0,235	1	0,628
Soziale/kommunikative Kompetenz	12,110	1	0,001
Abgeschlossene medizinnaher Ausbildung	4,252	1	0,039
Manuelle/praktische Fähigkeiten	1,782	1	0,182
Einzelne Abiturnoten	6,502	1	0,011
Medizinnaher/sozialer Praktika	18,074	1	0,000

* degree of freedom

Tabelle 32: Kriterien für das Auswahlverfahren und Geschlecht, Chi-Quadrat-Tests, Ärzte

Kriterium	Pearson-Chi-Quadrat	df*	Asymp. Sig. (zweiseitig)
TMS (Medizinertest)	1,960	1	0,161
Soziale/kommunikative Kompetenz	1,117	1	0,291
Manuelle/praktische Fähigkeiten	0,398	1	0,528
Abgeschlossene medizinnaher Ausbildung	0,570	1	0,811
Einzelne Abiturnoten	0,342	1	0,559
Medizinnaher/sozialer Praktika	0,744	1	0,388

* degree of freedom

Tabelle 33: Zusammenhang Frage 6 und Geschlecht der Teilnehmer, Chi-Quadrat-Tests

Gruppe	Pearson-Chi-Quadrat	df ^c	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Bewerber	0,387	1	0,534
Studierende	0,630	1	0,427
Ärzte	0,151	1	0,698

*^c degree of freedom

Die folgende Tabelle zeigt exemplarisch die Vorgehensweise zur Kategorisierung der Freitextantworten. Sämtlichen restlichen Antworten der offenen Fragen wurden auf diese Weise analysiert.

Tabelle 34: Freitextantworten zu Frage 9, "Hat der Trend zur Feminisierung der Medizin Auswirkungen auf die Arbeit in Ihrem Fachbereich?", Ärztefragebogen

Freitextantworten	Kategorie
	A
An Ärger zwischen Pflegepersonal und Ärzte sind mehr Ärztinnen beteiligt. Ärztinnen haben eher einen harschen Ton gegenüber andere.	A,L,AA
Weniger männliche Psychotherapeuten können zu	E
Mehr ärztliche Kolleginnen als Kollegen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Teilzeitanstellungen - Schwierigkeiten in der Organisation der Dienste. Hohe Belastung der Ärztinnen insbesondere mit kleineren Kindern.	B,Q,R,AA
Aktuell sind bei uns z.B. 4 Frauen gleichzeitig in Elternzeit, was von den anderen Kollegen kompensiert wird und natürlich zu spüren ist; v.a. wenn man merkt das darüber zeitweise mit Unmut diskutiert wird. Meiner Meinung nach ist es allerdings nicht das Problem der betreffenden Frauen, sondern eher ein grundlegendes Problem der Personalabteilungen und der Chefetagen. Es wird nur leider allzu gerne als Schuld der Frauen definiert weil es so viel einfacher ist!	O,P,T,X,A A
Tendenziell weniger invasive Therapietechniken durch höheren Frauenanteil	G,R,AA
viele Teilzeitstelle für junge Ärztinnen	Q
verstärkter Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung unter den Kolleginnen, Schwangerschaft und damit verbundene Einschränkungen für operativ tätige Kolleginnen	G,Q
mehr Teilzeitkräfte	Q
flexiblere Arbeitszeitmodelle, der Bedarf danach	Q
50% Stelle, aber 2 Woche Vollzeit- trotzdem spüre ich die Feminisierung noch nicht. Hatte 1 Kranktag in 1,5 Jahren mit Kind und trotzdem wird die Schuld des fehlenden Personals an uns Frauen gemessen. Für mich sehr schade, liebe das Fach, liebe den Klinikalltag, aber werde mir bald eine Alternative suchen müssen, da man als Mutter bzw. potenziell Schwangere nicht mehr ernst genommen wird. Allerdings wird sich das System mit dem Problem auseinandersetzen müssen, denn wir Frauen sind stark und können auch operieren, zwar nicht jeden Tag, aber dafür genauso gut. Ich bin richtig wütend über unser System und die männliche Arroganz, insb. der Vorgesetzten, die meist Frauen Zuhause haben, die Ihnen warmes Essen kochen und die Bude schrubben. Das andere arbeiten und auch zusätzlich die Bude schrubben ist den Profs jetzt noch egal, aber bald kommen andere Zeiten!!! Ich liebe meine Familie und meinen Job----Dafür werde ich kämpfen und wenn es für die Zukunft anderer Ärztinnen ist.	G,P,AA
mehr Kolleginnen!	R
Ungünstig, weil einseitig, weniger flexibel u.a.m.	E,S,AA
Verweiblichung. viel gerede, viele Rückfragen, Gruppenbildung und gleichzeitig wesentlich höhere	D,E,L,R,A A

Grüppchenpotential	
Viele weibliche Ärzte und vor allem Helferinnen	R
Umgang unter den Kollegen	
Der 'männliche' Blick auf die Dinge fehlt. Patienten (männl.) müssen sich auch von Frauen komplett untersuchen lassen -gerade für Heranwachsende ist das oft ein Problem.	E,V,AA
Engagement, Vorsicht und Empathie in der Behandlung, fehlende männliche Beispiele bei gegenseitigen Übungen und Kommunikation, unangenehme Verteilung in den Praxen von männlichen Chefs und weiblichen Angestellten, ein ungebrochener Trend zur stärkeren Vermännlichung der Chirurgie	E,I,J,R,AA ,AB
Frauen sind stark überrepräsentiert	E,R,AA
Arbeitszeitplanung (Stichwort: Mütter, Teilzeit) Umgangston (Art der Diskussion)	S
Teilarbeitszeit, Elternzeit etc. erschweren die Dienstplanbesetzungen	S
häufige Ausfälle wegen Schwangerschaft und Elternzeit	T
Teilzeitbeschäftigung wegen unzureichender und überteuerter Kinderbetreuung	Q
Es gibt deutlich zu wenige männliche Therapeuten, die auch bei pathologischen Entwicklungsverläufen als "gesundes" Modell -gerade bei männlichen Patienten - fungieren können	E,V,AA
hoher Frauenanteil in der Abteilung, daher viele "Ausfälle" wg Mutterschutz, Schwangerschaft, Krankheit der Kinder	R,T,AA
Stärkerer Zusammenhalt der weiblichen Kolleginnen selbst bei berechtigter Kritik einer einzelnen Kollegin führt(e) zu unnötigen Spannungen. Ein Ungleichgewicht zu Gunsten weiblicher Kollegen führt m.E. eher zur Ausgrenzung männlicher Kollegen als im umgekehrten Fall.	L,R,AA
Viele Teilzeitstellen, Überstunden treffen damit die Vollzeitkollegen mehr	O,Q,AA
Verschiedene	
Umstrukturierung der Abteilungsstellen aufgrund vermehrter Inanspruchnahme von Elternzeit	S
Dier vorhandenen Arbeitszeitmodelle erlauben einen begrenzten Einsatz von Müttern. Dies führt in der Regel zu einer Mehrbelastung männlicher Arbeitnehmer, da diese die anstrengenden Schichtbetriebsbereiche abdecken müssen.	O,Y,Z,AA
mehr Arbeitszeitmodelle für Teilzeitkräfte, mehr Arbeitnehmer in Elternzeit	Q,T
Nachwuchsmangel, der Fachbereich Unfallchir-Orthopaedie wird von den weiblichen Studierenden eher als zweite Wahl angesehen, allgemein wird diesem Fachbereich unterstellt, dass er sehr Schlecht mit Familie etc. vereinbar ist.	X,AA
Akuter Nachwuchsmangel in der Unfallchirurgie außeruniversitär, kaum mehr deutschsprachige Assistenten: Frauen wollen nicht, weil sie UC nicht mit Lebensqualität verbinden können, obwohl sie könnten; Männer gibt es nicht.	X,AA
viel Teilzeitarbeitende Kolleginnen	Q
Höherer Anteil und längere Dauer von Elternzeit, dadurch kompliziertere Personalplanung. Insgesamt stellt dies aber bisher KEIN grösseres Problem dar.	S,T
Viele Frauen, die andere Herangehensweisen und Lebensentwürfe mit bringe als Männer. Traditionelle Karrieremodelle funktionieren in Praxis und Wissenschaft nicht so recht	B
mehr Schwangere, mehr (alleinerziehende) Mütter in Halbtagsstellen, mehr Fehlzeiten, mehr Arbeit für die anderen (Männer bzw. Kinderlose)!	O,T,AA
Wertungslost ist festzuhalten, dass Besetzungsschwankungen durch Schwangerschaft und Krankheit von Kindern bei weiblichen Kollegen häufig(er) sind. Wenn das Institut gut genug besetzt wäre um das aufzufangen wäre das kein Problem. Ist es aber nicht.	T,Z,AA
Die Patienten(elter) wählen Ihren Arzt auch nach männl. /weibl. aus. O-Ton Patientemutter: "vom Kindergarten bis zum Abi hauptsächlich weibl. Betreuung für meinen Sohn - das muss beim Kieferorthopäden nicht auch noch sein" daraufhin wurde ein männlicher Kollege ausgewählt.	V,AA
mehr Kolleginnen.	R
Teilzeitstellen; grundsätzliche Bereitschaft, die Freizeit auf der Arbeit zu verbringen, sinkt	A,B,Q,AA

viele Teilzeitkräfte	Q
viele Teilzeitarbeitenden Ärztinnen	Q
Frauenüberschuss, schwangerschaftsbedingten Arbeitsausfall	E,R,T,AA
Ausfälle durch Schwangerschaften, unvorhergesehene Urlaube des Arbeitnehmers durch erkrankte Kinder	T
Fast nur Frauen als Kollegen (außer den Oberärzten)!	E,J,R,AA
Schaffung anderer Arbeitszeiten / flexibler Arbeitszeiten erforderlich	Y
Arbeitszeiten, Ferienplanung	S
massive Auswirkungen	
Männliche Therapeuten im KiJu-Bereich Mangelware aber von Eltern gezielt gesucht.	V,AA
Nachwuchs, Identifikation mit Fach	C,X,AA
Frauen kriegen Kinder und sind deswegen oft in Elternzeit, es gibt oft Unterbrechungen, Schwangere sind viel Krank	T,AA
mehrere mütter, auch in teilzeit, teilweise bei diensten schwierige organisation	S,AA
höhere Fehlzeiten	T
Mehr Frauen in allen Ebenen (bisher ausgenommen Chefarzt)...andere Vorstellungen, anderes Arbeitsverhalten, Vereinbarkeit Familie und Beruf	B,J,R
Bei gleicher Qualifikation werden weiterhin Frauen bevorzugt.	M,AA
Probleme der Vollzeit-Stellenbesetzung	U,AA
dt. mehr Frauen, dt. mehr "Arbeitsmodelle" mit reduzierter Stundenzahl, unflexible durch Kinder, wobei es hier fast immer die Frauen trifft.	Q,R,S,AA
Problem: weniger Frauen wollen sich selbstständig machen, denn angestellt ist es ein großer Vorteil für die Familienplanung. Tendenz geht zur Praxispartnerschaft.	B,F,AA
Teilkompetenzen gehen verloren. Präsenz ändert sich, z.B. mehr Teilzeitarbeit. usw.	F,W,AA
Teilzeitarbeit ist leichter möglich. Auch mit Kind kann man gut in unserer Abteilung arbeiten.	Q,AB
nur Frauen in Kinderheilkunde, viele Schwangerschaften	E,R,AA
Sehr viele Ärztinnen und Psychologinnen, häufig sind Stationen nur mit Frauen besetzt. Manche Patienten haben damit Schwierigkeiten.	E,R,V,AA
mehr weibliche Studenten = sensiblerer Umgang, mehr Hilfen beim Studieren (Mütter), mehr Unterstützung beim Lernen (Stress/Drucksituation)	I,AB
aus "Mangel" an "Männern" sucht unser chef männliche Bewerber bevorzugt aus	N,AA
Unterbesetzung wenn viele gleichzeitig im Mutterschutz	T,U,AA
Häufung von Arbeitsteilzeitmodellen, Geringere Bereitschaft Bereitschaftsdienste zu übernehmen aufgrund familiärer Gründen	A,Q,S,AA
Schwierigkeiten in der suffizienten Versorgung stationärer Patienten, weil die personelle Kontinuität fehlt, da durch Schwangerschaft, Elternzeit und Teilzeit durch die Kolleginnen höhere Flexibilitäten bei der Versorgung notwendig werden. - im Ambulanzbetrieb sind alle diese Anforderungen gut durchsetzbar. - Elternzeit und Kinderbetreuung wird in aller Regel durch die Frauen in einer Partnerschaft in unserem Bereich durchgeführt, und nicht gleichverteilt auf beide Elternteile. Familie und Beruf lassen sich nur schwer vereinbaren, wenn nur ein Partner die Familie trägt.	U,W,Y,AA
Arbeitsorganisation, Kommunikationsformen mehr w als m angestellt, v.a. Teilzeit, da Bereich mit geringeren Aufstiegschancen. Wenn leitende Positionen - dann wird männlich nachbesetzt...	J,K,Q,R,A A
Frauen interessieren sich mehr für Medizinethik.	
Vermehrte Fehlzeiten im Kollegenkreis durch Schwangerschaften, Elternzeiten, Krankheitstage (betrifft vorwiegend weibliche, in einem geringeren Teil auch männliche Kollegen); vermehrter Anteil an Teilzeitstellen in der Ärzteschaft, dadurch entstehen bisher nicht bekannte Besetzungsprobleme insbesondere in den	K,Q,T,W,Y ,Z,QQ

"Randzeiten" (Nachmittage, Freitage); für Teilzeitstellen fehlen adäquate Weiterbildungskonzepte (z.B. Rotation auf 3-Schicht-Stationen nur sehr schwierig möglich).	
Da es in der Pathologie keine Wochenend- und Nachtdienste gibt, steigt der Anteil junger Frauen. Leider scheinen viele der Ärztinnen die Pathologie eher aufgrund der Arbeitszeit als aus Leidenschaft zum Fach zu wählen. Die resultiert in geringer Motivation und Arbeitseifer und somit auch in einer minderen Arbeitsqualität. Denn die eigentlich wichtige Aufgabe des Pathologen wird nicht mehr wahrgenommen.	B,C,AA
Massiv mehr eingestellte Frauen, häufiger Ausfall bei Schwangerschaft und Elternzeit, wenig männliche Kollegen für ein besseres Gleichgewicht im Arbeitsklima	E,L,R,T,A A
Die Dienstplangestaltung mit einem höheren Anteil an Müttern fordert mehr Flexibilität in der Ärzteschaft und m.e. Auch mehr Personal. Lücken in der Personaldecke während Schwangerschaft, Mutterschutz und Erziehungszeit lassen sich nicht ohne Weiteres durch Ersatzpersonal schließen, hier müssten Anreize für das Ersatzpersonal geschaffen werden.	S,Y,Z,AA
Zunehmende Thematisierung der Probleme der Frauen in der Chirurgie, zunehmende Probleme der Abteilung mit den Frauen, da diese Kinder haben oder wollen und die Chirurgie noch absolut darauf nicht eingestellt is	G,Z,AA
Personalprobleme bei z.B. Schwangerschaften evtl. geringere Belastbarkeit beim Schichten	S,U,AA
neue Arbeitszeitmodelle notwendig Akzeptanz der Ärztinnen durch Studierende und Patienten nicht immer ausreichend gegeben	V,Y,Z,AA
sehr viele Bewerberinnen auf Stellen, kaum männliche Bewerber	R
Die Geschlechterfrage wird überstrapaziert	
Veränderung des Arbeits- und Kooperationsstils Veränderung der Arbeitsbedingungen und –konstrukte	B,Q
Anderes Konkurrenzverhalten, vermehrte Schwangerschaftsvertretungen	T
Wenig männliche Ärzte	R
Viele Kolleginnen in Teilzeit, viele Ausfälle wegen Elternzeit.	Q,T
Mehr Arbeit für Männer	O,AA
Teilzeitarbeit Dienstpläne...	Q,S
Oberärztinnen	
Mehr Schwangerschaften in der Assistenzarztzeit, mehr Abgabe von der Klinik nach der Facharztausbildung. Leistungsniveau gleich.	B
Frauen haben eher Chance für leitende Positionen	AB
Verbreitung flexiblerer Arbeitszeitmodelle,..Änderung des Umgangstons (weniger sexistisch, rücksichtsvoller).	I,Q,AB
Geschlechtsspezifischer Umgang mit Patienten Notwendigkeit für flexible Arbeitszeitmodelle	AB
Forschung wird vorwiegend von männlichen Kollegen gemacht, psychosoziale Betreuung vorwiegend von Kolleginnen. Oberärzte sind in aller Regel männlich.	H,J
Rotation, Zufriedenheit	AB
Mehr Frauen, mehr Mütter, mehr Teilzeitkräfte, mehr Schwanger= weniger Kräfte für Nachtdienste usw., führt zur Arbeitsverdichtung. Die Teilzeittätigkeit wird akzeptiert, wurde aber konzeptionell nicht vollständig im Krankenhausalltag umgesetzt.	U,Y,Z,AA
Höherer Personalwechsel/Vertretungen durch Schwangerschaft und Teilzeitarbeit. Aufwendige Koordination verschiedener Beschäftigungsmodelle und Arbeitszeiten	S,T,AA
Schwangerschaften, Arbeitszeitverschiebungen,	T
Deutliche Zunahme weiblicher Ärzte	R
deutlich zunehmende Anzahl an Bewerberinnen vermehrte Anforderung von Teilzeitstellen	Q,R
Teilzeit bzw. Elternzeit muss zeitmäßig von Kolleginnen&Kollegen kompensiert werden gilt auch für Männer	O,T,AA
mehr Teilzeitkräfte, ungleiche Ansprüche an Männer und Frauen (mehr Leistung von Männern erwartet)	O,Q,AA
Probleme bei Stationsbesetzungen, Dienste, etc.	S,U,AA

weniger Kontinuität bei längerfristigen Tätigkeiten (operative Tätigkeit, Forschung)	G,H,W,AA
Zunehmend weibliche Studenten	R
Teil Zeit Kräfte	Q
mehr TK Stellen	Q
Viel Teilzeitbeschäftigung !	Q
vermehrt relativer Personalmangel durch viele Teilzeitstellen	Q,U,AA
Teilzeit, viele Arbeitszeitmodelle	Q
Fast alle Oberärzte sind männlich. Frauen verlassen die Klinik häufig.	B,J
Ich habe das subj Gefühl, dass es mehr Kolleginnen in Elternzeit u.ä. Gibt.	T
erschwerter Personalplanung wegen Schwangerschaft und Teilzeitarbeit	S,AA
Probleme in der Dienstgestaltung: berufstätige Mütter in Teilzeit, bei fehlenden Teilzeitregelungen und Job-sharing Modellen, die dringend gebraucht werden. Weil: Feminisierung der Medizin!!!	Q,S,Y,Z,A A
Bewerbungen vorwiegend weiblicher Interessenten	R
Z.T. nur noch rein weibliche TherapeutInnenteams auf den Stationen, was für manche PatientInnen ungünstig ist. Hoher Bedarf an Teilzeitstellen, was die Teamarbeit und die wissenschaftliche Tätigkeit neben der Krankenversorgung erschwert.	E,H,Q,R,V ,W,AA
positives Arbeitsklima.	AB
Hoher Anteil Zahnärztinnen	R
Hoher Frauenanteil	R
Teilzeitarbeit, wissenschaftliche Tätigkeiten, Habilitationen	H,Q
hauptsächlich Frauen im Team und auf Kongressen. Mehr Männer wäre wünschenswert.	E,R,AA
Mitarbeiter + Mitarbeiterinnen gehen in letzter Zeit verstärkt in Elternzeit -- Personalengpässe	T,U,AA
hoher Frauenanteil, davon viele Teilzeitkräfte	Q,R
Es gibt idR im Niveau der Assistenzärzte viele Frauen, inzw auch in der Urologie. Hier ergeben sich ggf Schwierigkeiten, wenn ein Patient zB aufgrund der eigenen Religion o.ä.einen Mann zur Behandlung wünscht. Für den umgekehrten Fall (Patientin wünsch Ärztin) wirkt sich d. Trend gut aus.	R,V,AA

A: Weniger Bereitschaft zu Diensten (N=2)

B: Familienvereinbarkeit mit Beruf größeres Thema als z.B. Karriere (N=9)

C: Weniger Leidenschaft für den Beruf /weniger Identifikation, Motivation (N=2)

D: Weniger Selbstständigkeit von den Kolleginnen (viele Rückfragen zB) (N=1)

E: Der Beruf wird durch fehlende männliche Kollegen einseitig (N=14)

F: Weniger Bereitschaft/Motivation zu Spezialisierungen bzw. Facharztausbildung (N=2)

G: Weniger Kapazitäten für invasive Therapietechniken (oder Möglichkeit wg. SS)(N=5)

H: Weniger Kapazität für Forschung (z.B. wg. Teilzeit) (N=4)

I: Mehr Einfühlungsvermögen durch Ärztinnen (N=3)

J: Dennoch mehr Männer in führenden Positionen (N=6)

K: Aufstiegs/Weiterbildungschancen bei Frauen schwierig wg. Teilzeit (N=2)

L: Negatives Arbeitsklima auf der Station wegen der Zunahme an Ärztinnen (Grüppchenbildung, schlechte Behandlung von männlichen Kollegen, schlechte Behandlung des Pflegepersonals) (N=4)

M: Bevorzugung von Frauen bei Jobvergabe (N=1)

N: Bevorzugung von Männern bei Jobvergabe (wegen Männermangel werden Männer bevorzugt eingestellt) – Chancengleichheit Jobs (N=1)

O: Männer (v.a.) und kinderlose Ärzte gleichen die Arbeitsausfälle aus (negative Stimmung wegen der Mehrarbeit) (N=7)

P: Negative Stimmung gegen Frauen/ bzw. Schuldzuweisung (N=2)

Q: Mehr Teilzeitarbeitende/mehr Teilzeitarbeitsmodelle (/mehr Bedarf danach) (N=31)

R: Viele/mehr Ärztinnen, weniger männliche Ärzte (N=29)

S: Schwierige Diensteinteilung wegen Teilzeitkräfte/Arbeitsausfälle, weniger Flexibilität (N=16)

T: Arbeitsausfälle wg. SS, Elternzeit, Mutterschutz (N=20)

U: Relativer Arbeitskräftemangel (Unterbesetzung) wg. Arbeitsausfällen aufgrund von SS/Elternzeit/Mutterschutz/Elternzeit (N=8)

V: Wunsch nach männlichem Therapeuten/Arzt (N=7)

W: Kontinuierliche Versorgung der Patienten wg. Teilzeit schwierig/ fehlende Überlappung/fehlende Teamarbeit (N=5)

X: Nachwuchsmangel, da Fachbereich als familienunfreundlich gilt (unbeliebt bei Frauen, für die Familienfreundlichkeit wichtiger ist) (N=4)

Y: Umstrukturierung der Arbeitszeitmodelle (N=9)

Z: Anpassung der Arbeitszeiten/der Personaldecke an die neuen Erfordernisse durch Feminisierung (N=8)

AA: Negativ (N=60)

AB: Positiv (N=8)

Tabelle 35: Item 9 "In welchem Fachsemester/Tertial befindest Du Dich?", Studierendenfragebogen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
		N	in %	in %
Vorklinische Fachsemester	1	63	10,7	28,1
	2	51	8,6	22,8
	3	56	9,5	25,0
	4	49	8,3	21,9
	5	4	0,7	1,8
	6	1	0,2	0,4
	Gesamtsumme	224	38,0	100,0
Klinische Fachsemester	1	12	2,0	4,9
	2	20	3,4	8,1
	3	6	1,0	2,4
	4	4	0,7	1,6
	5	34	5,8	13,8
	6	23	3,9	9,3
	7	32	5,4	13,0
	8	34	5,8	13,8
	9	34	5,8	13,8
	10	47	8,0	19,1
Gesamtsumme	246	41,7	100,0	
Tertial	1	28	4,7	37,8
	2	32	5,4	43,2
	3	14	2,4	18,9
	Gesamtsumme	74	12,5	100,0

Tabelle 36 : Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber, ANOVA (einfaktorielle Varianzanalyse)

	Quadratsumme	df*	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen Gruppen	24,452	10	2,445	4,691	0,000
Innerhalb der Gruppen	88,098	169	0,521		
Gesamtsumme	112,550	179			

*degrees of freedom, Freiheitsgrade

Tabelle 37: Zusammenhang Gewichtung und Abiturnote der Bewerber, Scheffé-Prozedur

Scheffé ^{a,b}			
Abiturnote	H	Subset für Alpha = 0.05	
		1	
2,0	4		2,25
1,8	7		2,29
1,6	21		2,81
1,3	31		3,10
1,7	19		3,11
1,5	26		3,15
1,4	17		3,41
1,9	2		3,50
1,2	27		3,63
1,1	23		3,65
1,0	3		3,67
Signifikanz			0,194

Mittelwerte für Gruppen in homogenen Subsets werden angezeigt.

a. Verwendet harmonischen Mittelwert des Stichprobenumfangs = 7,159.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Das harmonische Mittel der Gruppengrößen wird verwendet. Typ-I-Fehler-Ebenen werden nicht garantiert.

Die Scheffé-Prozedur zeigt den starken Zusammenhang zwischen Gewichtung der Abiturnote im Auswahlverfahren (rechte Spalte) und der eigenen Abiturnote (linke Spalte).

- 0 = gar keine Berücksichtigung der Abiturnote
- 1 = geringe Berücksichtigung (weniger als 20%)
- 2 = Berücksichtigung zwischen 20% und 50%
- 3 = Berücksichtigung zwischen 50% und 75%
- 4 = Abiturnote sollte alleiniges Kriterium sein

Tabelle 38: Zusammenhang Gewichtung Abiturnote und Geschlecht der Bewerber, Berechnung von Kendalls Tau

Korrelationen			Gewichtung Abiturnote	Abiturnote
Kendall-Tau-b	Gewichtung Abiturnote	Korrelationskoeffizient	1,000	-.319*
		Signifikanz (2-seitig)		0,000
		N	180	180
	Abiturnote	Korrelationskoeffizient	-.319*	1,000
		Signifikanz (2-seitig)	0,000	
		N	180	181

* Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 39: Die am häufigsten gewählten Fachbereiche nach Geschlecht, Klinik

Fachbereich	männlich	Fachbereich	Weiblich
	N (%)		N (%)
Allgemeinmedizin	33 (36,7%)	Allgemeinmedizin	64 (39,5%)
Anästhesiologie	30 (33,3%)	Kinder- und Jugendmedizin	51 (31,5%)
Kardiologie und Pneumologie	26 (28,9%)	Kardiologie und Pneumologie	38 (23,5%)
Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	20 (22,2%)	Anästhesiologie	37 (22,8%)
Unfallchirurgie und Orthopädie	19 (21,1%)	Gynäkologie und Geburtshilfe	36 (22,2%)
Neurologie	17 (18,9%)	Chirurgie (Allgemein- oder Viszeral-)	25 (15,4%)
Kinder- und Jugendmedizin	16 (17,8%)	Psychiatrie und Psychotherapie	24 (14,8%)
Nephrologie und Rheumatologie	13 (14,4%)	Gastroenterologie und Endokrinologie	22 (13,6%)
Radiologie	13 (14,4%)	Hämatologie und Medizinische Onkologie	20 (12,3%)
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	12 (13,3%)	Neurologie	20 (12,3%)

11.6 Anlage 6: Genehmigung der Studie durch die Ethik-Kommission

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Ethik-Kommission der Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Frau
Dr. Anne Simmenroth
Institut für Allgemeinmedizin
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Ethik-Kommission der
Universitätsmedizin Göttingen
Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Referentin
Regierungsrätin Doris Wettschereck
0551 / 39-8644 Telefon

Von-Siebold-Straße 3, 37075 Göttingen

Adresse
0551 / 39-6629 Telefon
0551 / 39-9536 Fax
ethik@med.uni-goettingen.de E-Mail
www.ethikkommission.med.uni-goettingen.de

vorab per E-Mail: asimmen@gwdg.de

09.10.2014 br - gö Datum

Antragsnummer: 12/10/14An (bitte stets angeben)
Studientitel: Wie stehen Medizinstudierende, Studienbewerber und Ärzte zur Feminisierung in der Medizin
Antragsteller: Dr. Anne Simmenroth, Dr. Yvonne Görlich, Institut für Allgemeinmedizin, UMG
Doktorandin: Dorothea Laurence

Sehr geehrte Kolleginnen,

bei der vorgesehenen Befragung handelt es sich nicht im engeren Sinne um medizinische Forschung am Menschen. Darüber hinaus sind besondere ethische oder rechtliche Risiken nicht erkennbar.

Insofern darf ich Ihnen im Rahmen meiner Befugnisse als Vorsitzender der Ethikkommission gern mitteilen, **dass gegen dieses Forschungsprojekt keine Bedenken bestehen.**

Ungeachtet dessen erlaube ich mir folgende Hinweise:

1. Bei Mitarbeiterbefragungen dürfte es generell ratsam sein, den Personalrat vorab darüber zu informieren.
2. Für die Qualität des Projektes könnte es hilfreich sein, wenn Sie für die gesamte Untersuchung vor Beginn eine Art von Studienprotokoll erstellen, in dem alle Hintergründe, alle Maßnahmen und die Details der Auswertung festgelegt werden. In Ihrem Anschreiben ist das doch nur allzu rudimentär erfolgt.
3. Im Rahmen des unter 2. genannten Protokolls sollte vor Beginn vielleicht auch eine aktuelle Auswertung der bereits bestehenden Literatur zu dem Thema niedergelegt werden, so dass ggf. basierend darauf die Fragen angepasst werden. Möglicherweise ist das ja bereits geschehen, in den von Ihnen vorgelegten Unterlagen findet sich aber keine derartige Zusammenfassung des gegenwärtigen Diskussions- und Wissensstandes zu dem Thema, dem Sie sich hier widmen wollen.

Sofern während des Projektes von irgendeiner Seite ethische oder rechtliche Fragen zu der Untersuchung aufgeworfen werden, kommen Sie bitte gern wieder auf die Ethikkommission zurück.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei dem Forschungsprojekt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. J. Brockmüller
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt PD Dr. med Anne Simmenroth-Nayda für die wunderbare und intensive Betreuung meiner Dissertation, die freundliche und konstruktive Art war für mich eine ganz besondere Unterstützung.

Weiterhin danken möchte ich Frau Yvonne Görlich für die hilfreiche Unterstützung in Bezug auf die Praxis der statistischen Analyse.

Ich danke Frau Almut Heise, Frau Manuela Ahlborn, Herrn Romas Bielke und Frau Christina Niemeyer für die freundliche Unterstützung bei der demographischen Datengewinnung sowie Herrn Rolf Wachter für die Hilfe bei der elektronischen Weiterleitung der Befragung.

Des Weiteren danke ich Karina Meyer für die freundliche Unterstützung und Anregung auf dem Gebiet der qualitativen Forschung sowie Christian Meyer für die konstruktive inhaltliche Kritik. Danken möchte ich auch meinen Eltern und meinem Ehemann für die Anregungen und die hilfreiche Kritik in Bezug auf die englische Übersetzung.

Den teilnehmenden Ärzten, Wissenschaftlern, Studierenden und Bewerbern dieser Studie möchte ich für die Sorgfalt und die Zeit danken, mit der die Fragebögen ausgefüllt wurden.

Lebenslauf

Am 8. Juni 1988 wurde ich, Dorothea Silvia Laurence (geborene Meyer) als drittes Kind meiner Eltern Wolfram und Renate Meyer in Gifhorn geboren. Seit dem 23. August 2014 bin ich mit meinem Ehemann Stuart Jon Laurence verheiratet.

Im Zeitraum von 1994 bis 1998 besuchte ich die Albert-Schweitzer-Schule Gifhorn und wechselte für die Orientierungsstufe von 1998 bis 2000 auf die Christoph-Kolumbus-Schule Gifhorn. Die darauffolgenden Jahre am Otto-Hahn-Gymnasium Gifhorn wurden von einem Auslandsjahr (2004 bis 2005) an der Wallington High School for Girls, England, unterbrochen, an der ich die AS-Levels (Advanced Subsidiary) absolvierte. Im Jahr 2007 erlangte ich die Allgemeine Hochschulreife. Während der Gymnasialzeit war ich ehrenamtlich in der Evangelisch-Freikirchlichen Gemeinde Gifhorn im Bereich Jugend- und Schauspielgruppenleitung aktiv.

Im Wintersemester 2007 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen für das erste Semester. Nach einer Zeit der Orientierung und volontären Arbeit für den gemeinnützigen Verein Oak Hall Expeditions in England nahm ich das Studium der Humanmedizin zum Sommersemester 2009 wieder auf. Während der Studienzeit war ich als Sprecherin des Herbert Caspari Studentenwohnheims, in der Evangelischen Freikirche Ecclesia Göttingen, in der Baptistengemeinde Göttingen und in der Akademischen Orchester-Vereinigung (AOV) Göttingen ehrenamtlich aktiv, gab Chirurgie-Unterricht an der Asklepios Gesundheits- und Krankenpflegeschule Göttingen und arbeitete zwischenzeitlich als wissenschaftliche Hilfskraft für das Fach Histologie für die Universität Göttingen.

Praktisch-klinische Erfahrung sammelte ich während des Studiums in der Allgemeinchirurgie am Sinai Hospital in Baltimore (USA), in der Allgemeinmedizin in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Laffert und Hildmann, in der Augenheilkunde an der Universitätsmedizin Göttingen, in der Gynäkologie und Geburtshilfe am Rhön Klinikum Gifhorn, in der Hals-Nasen-Ohrenkunde in der HNO-Praxis Ute Schiffmann in Göttingen, in der Orthopädie und Unfallchirurgie am Helios Albert-Schweitzer-Klinikum in Northeim und am Weender Krankenhaus in Göttingen, in der Radiologie in der Gemeinschaftspraxis Dr. med Klengel und Schäfer und im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, Augenheilkunde und Notfallmedizin am Herbertpur Christian Hospital in Indien. Zusätzliche Wahlkurse belegte ich im Bereich der Tropenmedizin, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie und der EKG-Diagnostik.

Im April 2009 bestand ich das 1. und im April 2014 das 2. Staatsexamen und konnte mit dem 3. Staatsexamen mein Studium im Juni 2016 abschließen.